



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

ENTRE PREPARAR ENFERMEIROS E EDUCAR EM ENFERMAGEM
UMA TRANSIÇÃO INACABADA

1950-2003

Um contributo sócio – histórico

Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de
Ciências Sociais e Humanas da Universidade
Nova de Lisboa, pelo Mestre **José Amendoeira**, para
obtenção do grau académico de Doutor em
Sociologia da Educação, sob orientação científica do
Sr. Professor Doutor **Sérgio Grácio**

LISBOA
JULHO 2004

Dedico este trabalho:

a quem me deu a vida (José Pedro e Layette Amendoeira), aos que alimentam a minha vida diariamente (Rosinda, Susana, Nuno) e a todos os amigos que reforçam diariamente esta minha vontade de SER, de SABER e de FAZER.

Este estudo não teria sido possível sem:

A orientação precisa e sábia do Sr. Professor Doutor Sérgio Grácio;

A informação preciosa das Sr^a. Enfermeiras Mariana Dulce Diniz de Sousa; Maria Isabel Soares e Maria de Lurdes Esteves Asseiro da Luz e dos Srs. Enfermeiros Romeu dos Santos Carmo e Joaquim Ernesto da Fonseca;

A autorização do Exm^o Sr. Director do Departamento de Recursos Humanos e Modernização da Saúde, para a consulta do Arquivo do extinto DEE;

A colaboração inexcedível dos Srs.^(as) Presidentes de Conselhos Directivos das Escolas Superiores de Enfermagem Públicas e Escolas Superiores de Enfermagem Privadas;

A pronta colaboração de todos os colegas que individualmente e a nível nacional, responderam à solicitação de informações essenciais à prossecução desta tese, de que saliento os dados sobre as teses de mestrado e doutoramento;

A abertura do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, na pessoa da sua Presidente – Professora Maria de Lurdes Asseiro da Luz, para acreditar neste investimento para além da dimensão individual;

A Isabel Barroso, com quem posso sempre contar, mesmo nos momentos em que o quotidiano não é fácil de gerir;

O cuidado das colegas Alcinda Reis e Hélia Dias, a quem vi despontar para a actividade académica e com quem hoje posso contar com a capacidade crítica necessária;

Os colegas que não participaram directamente, mas que pelas suas atitudes me estimularam a desenvolver o trabalho que aqui apresento;

O professor Telmo Caria, pelos momentos de reflexão e discussão que sempre me proporciona;

TODOS os estudantes (antigos e actuais), que me ajudaram sempre, uns pelo cepticismo outros por acreditarem e estruturarem os seus saberes, na vontade em construir conhecimento sobre enfermagem;

Aos enfermeiros com quem trabalho diariamente e que me ajudam a criticar a realidade.

A TODOS de uma forma geral, a Enfermagem como disciplina e profissão agradece para além da dimensão individual em que o meu agradecimento se alicerça.

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACEPS – Associação Católica de Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde

APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros

CCISP - Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos

CRUP- Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas

CNP – Classificação Nacional de Profissões

CICIAMS – Conseil International Infirmiers et Auxiliaires Medico Sociaux

DEE – Departamento de Ensino de Enfermagem

DICOVE – Diagnóstico e Aconselhamento Vocacional em Enfermagem

DRHS – Departamento de Recursos Humanos da Saúde

EE – Escolas de Enfermagem

EEAR – Escola de Enfermagem Artur Ravara

EEPL – Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa

EESP – Escola de Enfermagem de Saúde Pública de Lisboa

Enfº - Enfermeiro

Enfª - Enfermeira

GEP – Gabinete de Estudos e Planeamento

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

ICN/CIE – International Council of Nursing/Conselho Internacional de Enfermagem

INSA – Instituto Nacional de Saúde

MEIC/MEC – Ministério da Educação e Investigação Científica / Ministério da
Educação Cultura

nº - Número

SNS – Sistema Nacional de Saúde

RESUMO

O estudo do(s) Modelo(s) de formação em enfermagem na segunda metade do século XX e a concepção e a utilização do conhecimento em enfermagem, constitui-se no objecto desta tese, inserindo-se a investigação na tendência actual da sociologia da educação, porque satisfaz as pretensões de clarificação da disciplina de enfermagem tal como se assume na hipótese de trabalho - *A construção do modelo de formação em enfermagem ocorre pela dialéctica entre a formação e a profissão, suportando a actual concepção e organização do ensino de enfermagem*.

Adopta-se uma perspectiva teórica, que transcenda a teoria enquanto análise substantiva ou concreta de um determinado aspecto da realidade social, considerando que os factos emergentes dos três domínios em estudo – *os espaços, os currícula/saberes e os actores*, não são dados brutos, sendo construídos e procurados na base das perspectivas teóricas diferenciadas. Mobiliza-se a existência de uma polarização teórica de base que considera as teorias da reprodução educativa orientadas para a transformação: de um lado os modelos estruturalistas relativamente estáticos e fechados; do outro, os modelos mais abertos, que dão particular relevo à dialéctica entre acção e estrutura associando a sociologia da acção e a sociologia da educação.

Assume-se o método histórico como enquadrador da metodologia das histórias de vida e sócio histórica, com a utilização de técnicas, respectivamente a entrevista etnobiográfica e a análise documental, numa estratégia de estudo de caso único, com características qualitativas, permitindo contribuir de forma singular para o conhecimento dos fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

O conceito de transicionalidade, permitiu propor um modelo interpretativo da transição ocorrida no modelo de formação entre uma orientação biomédica e uma orientação para o pensamento complexo, transição esta mediada pela sociologia do currículo, em que este é considerado nas duas dimensões propostas por Apple e, pela sociologia dos grupos profissionais, nas dimensões processo de profissionalização e identidade sócio-profissional de acordo com Dubar, e que se designa por *Modelo Transicional*.

Como principais conclusões emergentes de cada domínio, salientam-se:

Espaços:

- Apesar de se considerar claramente a existência de escolas autónomas de nível superior, a indecisão política quanto à organização da rede escolar parece inibir a transição acabada para escolas capazes de desenvolver a integralidade das suas autonomias como estabelecimentos do ensino superior.

Currículo / Saberes:

- a disciplina de enfermagem mobiliza conceitos teóricos próprios, como conteúdos, mas em que a sistematização dos saberes tem ocorrido a partir da introdução da reflexividade na acção e não pela investigação da essência e da natureza da enfermagem;

- quanto à forma, considera-se ter ocorrido a verdadeira transição, com a unificação do nível de formação e com a integração no ensino superior, ao nível da licenciatura.

Actores:

- O processo de construção do grupo profissional dos enfermeiros é socialmente reconhecido pela decisão histórica de unificação do nível de formação, passando a existir um único profissional enfermeiro, a partir de 1975. Actualmente ocorre o processo de consolidação e sedimentação da qualificação dos enfermeiros e dos professores de enfermagem, onde a identidade sócio-profissional em construção, se associa ao reconhecimento social destes.

ABSTRACT

The study of Nursing Education Models on the second half of the twentieth century and the conception and use of nursing knowledge, is the primary object of this thesis, which insert this search on the actual tendency of the educational sociology, because it satisfy the clarification pretentiousness of nursing discipline as assumed on the work hypothesis – The Nursing Education Model construction occurs from the dialectical between education and profession, supporting the actual conception and organization of nursing education.

A theoretical perspective is adopted, which transcend the theory while substantive or concret analysis of one certain aspect of social reality, considering that the emerging facts of the three study domains – *contexts, curriculum/knowledge and actors*, are not brutish data, being developed and searched on differenced theoretical perspectives.

The existence of a theoretical polarization is mobilized considering the educational reproduction theories oriented to a transformation: on one side the structural models relatively static and closed, on the other the models who are more opened, which give particular prominence to the dialectic between action and structure, combining action sociology and education sociology.

The historical method is assumed as assimilated methodology of several life stories and socio – historical, with the use of techniques, respectively the ethno biographic interview and the documental analysis, as a study strategy of one case only, with qualitative characteristics, allowing us to contribute with a single way of knowing some individual, organizational, social and political phenomenon.

The concept of transitionality, allowed to propose an interpretative model of transition occurred in the education model between a biomedical orientation and an orientation to a complex thought. This transition is mediated by the curriculum sociology in which he is considered on the two measurements proposed by Apple and by the professional groups sociology, on the measurements Process of professionalization and socio – professional identity according to Dubar, which is named Transitional Model.

As main conclusions of each domain, are pointed out:

Contexts:

- Despite is considered the clear existence of autonomous schools with a superior level, the political indecision concerning to the school net organization appears to inhibit the finished transition to schools capable of developing the integrality of all their autonomies as superior education institutions;

Curriculum/ Knowledge:

- nursing discipline mobilize her own theoretical concepts, as contents, but in which the knowledge systematicalization as occurred from the reflexibilaty introduction on the action and not from the essence investigation and nursing nature;

- relating to the form, is considerrd that the real transition occurred with the unification of education level and with the integration of superior education to the degree level.

Actors:

- The construction process of professional nursing group is socially recognised with the historical decision of education level unification, beginning to exist an only nursing professional, from 1975.

The consolidation process and sedimentational qualification of nurses and nursing teachers, where the socio – professional identity in construction, does not allow yet a strong social recognition.

ÍNDICE

	p.
APRESENTAÇÃO DA TESE	10
PARTE I MODELO(S) DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM. NA INTERFACE DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CURRÍCULO E DO GRUPO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	22
CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CURRÍCULO	22
CAPÍTULO 2 OS GRUPOS PROFISSIONAIS. PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO	47
CAPÍTULO 3 DO PROBLEMA INICIAL, À CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO	56
CAPÍTULO 3.1 A HIPÓTESE DE TRABALHO	58
CAPÍTULO 3.2 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO - O TRABALHO EMPÍRICO	61
CAPÍTULO 4 UMA BIOGRAFIA PARTILHADA DA ENFERMAGEM	79
PARTE II DOS ESPAÇOS DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS À «ESCOLA» DE ENFERMAGEM	96
CAPÍTULO 1 O ESTADO E O ENSINO DE ENFERMAGEM. UM PAPEL REFORMISTA E REGULADOR?	98
CAPÍTULO 2 QUANDO A ESCOLA PARA ENFERMEIROS ERA UM SERVIÇO DO HOSPITAL	128
CAPÍTULO 2.1 AS ENFERMARIAS ESCOLA. LABORATÓRIOS DA REALIDADE OU UTOPIA?	143
CAPÍTULO 2.2 O LAR – RESIDÊNCIA. LUGAR DE SOCIALIZAÇÕES	148
CAPÍTULO 3 MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS NA SAÚDE. NOVAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO	153
CAPÍTULO 4 A ESCOLA DE ENSINO E ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM. RUMO À CONSTRUÇÃO DA « ESCOLA » DE ENFERMAGEM	163
CAPÍTULO 5 A “NOVA” REDE DE ESCOLAS DE ENFERMAGEM. A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DOS ANOS 70 À ACTUALIDADE	168
CAPÍTULO 5.1 O RELACIONAMENTO DAS ESCOLAS COM A COMUNIDADE E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	183
PARTE III DOS SABERES DOS ENFERMEIROS AO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM	199
CAPÍTULO 1 DO CURRÍCULO CONSTRUÍDO POR OUTROS, À RESPONSABILIDADE DOS	

	ENFERMEIROS NA ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CURRICULAR	201
CAPÍTULO 2	A HETEROGENEIDADE DOS CURSOS. O PLANO ÚNICO E A AUSÊNCIA DE UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO	221
CAPÍTULO 2.1	OS SABERES TEÓRICOS E PRÁTICOS COMO ORGANIZADORES DOS CURRICULA DE ENSINO DE ENFERMEIROS	228
CAPÍTULO 2.2	A CAMINHO DA IDENTIFICAÇÃO DE UM CAMPO PRÓPRIO DE CONHECIMENTOS. O PAPEL DA INVESTIGAÇÃO	236
CAPÍTULO 3	O ENSINO DE ENFERMAGEM NO POLITÉCNICO. OPORTUNIDADE OU CONSTRANGIMENTO À EVOLUÇÃO DA DISCIPLINA?	255
PARTE IV	ENFERMEIROS EM PORTUGAL. A IDENTIDADE PROFISSIONAL	273
CAPÍTULO 1	DE ESTUDANTE A ENFERMEIRO, COMO EVOLUÍRAM OS ACESSOS E OS PERCURSOS	275
CAPÍTULO 2	ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM. AS DUAS FACES DE UMA MOEDA. A COMISSÃO NACIONAL DOS CURSOS DE PROMOÇÃO	292
CAPÍTULO 2.1	O GÉNERO, A AUTONOMIA E A IDENTIDADE SOCIO-PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	304
CAPÍTULO 2.1.1	A dinâmica sócio-profissional dos enfermeiros. os sindicatos, as associações profissionais e a ordem dos enfermeiros	322
CAPÍTULO 2.1.2	Enfermeiros, um grupo profissional actuante na interdisciplinaridade em saúde	335
CAPÍTULO 2.2	NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM E RECURSOS DISPONÍVEIS. SEMPRE FALÁMOS DE DÉFICE	346
CAPÍTULO 3	DE MONITOR A PROFESSOR DE ENFERMAGEM. UM PERCURSO A COMPREENDER	363
PARTE V	A TRANSICIONALIDADE. UM MODELO INTERPRETATIVO DO OBJECTO	388
CAPÍTULO 1	O MODELO TRANSICIONAL	388
CAPÍTULO 2	AS PRINCIPAIS CONCLUSÕES	395
	BIBLIOGRAFIA	418
ANEXOS	No volume de Notas e Documentos em Anexo a esta tese	

ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

	p.
Tabela 1	74
Tabela 2	181
Tabela 3	222
Tabela 4	228
Quadro 1	26
Quadro 2	30
Quadro 3	76
Quadro 4	248
Quadro 5	249
Quadro 6	279
Quadro 7	283
Quadro 8	283
Quadro 9	289
Quadro 10	355
Quadro 11	356
Quadro 12	356
Quadro 13	356
Quadro 14	357
Quadro 15	358
Quadro 16	358
Quadro 17	360
Quadro 18	361
Quadro 19	362
Quadro 20	376
Quadro 21	390
Figura 1	77
Figura 2	81
Figura 3	192
Figura 4	214
Figura 5	265
Figura 6	377
Figura 7	391

APRESENTAÇÃO DA TESE

O Modelo de Formação em enfermagem tem-se desenvolvido ao longo das décadas, em contextos heterogéneos, onde a Escola se foi construindo, em torno de um currículo organizado e desenvolvido primeiro pelos médicos e posteriormente por enfermeiros, o que produziu a construção da disciplina de enfermagem, cada vez mais da responsabilidade dos segundos, mas em colaboração interdisciplinar e interprofissional. As orientações curriculares têm sido diversas quanto ao desenvolvimento da disciplina, em que a construção da mesma parte da premissa de que “Considerar o passado é um acto de produção cultural na construção do presente e projecção para o futuro” (Saha 1997, p.4) identificando cinco domínios principais¹.

A formação de enfermeiros iniciou-se formalmente no século XIX, a partir da intervenção de Florence Nightingale², ao assumir ser possível ensinar a enfermagem de forma distinta da medicina, para o que criou o primeiro “Dispositivo” de concepção e organização do ensino de enfermagem, bem como a primeira escola de enfermagem, em Inglaterra (1860), passando o ensino a ser feito essencialmente por enfermeiras.

Este facto propagou-se a todo o mundo e também a Portugal, sendo desconhecidos os contornos deste desenvolvimento numa perspectiva de sociologia da educação, que interessa estudar e compreender.

Existem, no entanto, estudos que contribuem para esta compreensão, com especial relevância para: *Da Blusa de Brim à Touca Branca*, Soares (1997)³.

Na actualidade é permanente o desafio que se coloca à enfermagem, enquanto disciplina profissional e disciplina académica, (Meleis, 1991; Shaw, 1993; Donaldson, 1978) tornando-se necessário e urgente compreender os referidos contornos, por forma a imprimir-lhes a singularidade que tornam o desenvolvimento do ensino de enfermagem “ único “ no caso português.

Interessa compreender o contributo recíproco que o desenvolvimento da disciplina de enfermagem tem dado ao ensino e à profissão, mobilizando resultados de investigação que procuram clarificar o campo de intervenção da mesma, escolhendo-se nesta tese o ponto de vista sócio-histórico com uma abordagem da construção curricular em

¹ The empirical – analytical path; the interpretative path; the critical path; the policy path and the post-modern path (citado de Wexler, Noblit e Pink)

² Florence Nightingale viveu em Inglaterra (1820-1910), pertencia a uma família aristocrática, em plena época victoriana, com grande valorização do papel da mulher naquilo que era o «cuidado» aos outros. Definiu princípios importantes do «cuidado» de que se salientam: o que o enfermeiro faz deve ser feito no interesse do indivíduo e não do profissional; o ambiente tem uma influência extrema na saúde ou na doença das pessoas, promovendo princípios de higiene ambiente(arejamento; luz;...).

³ Estudo Sócio-histórico definido como contributo para o conhecimento do Ensino da Enfermagem em Portugal, no período entre 1880 e 1950.

interdependência com o processo de profissionalização dos enfermeiros, através da sociologia do currículo e da sociologia dos grupos profissionais⁴.

No caso português e no que concerne ao ensino da enfermagem, durante muitos anos não se pode falar da existência de uma disciplina, sendo que, a partir das influências conceptuais que se têm constituído como “fundamentos importados”, tanto de outras áreas do saber, como de outras áreas geográficas, essencialmente Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e outros países da actual Europa Comunitária, a disciplina foi-se construindo num interface com o desenvolvimento da prática profissional, mediado pela capacidade própria do grupo profissional dos enfermeiros em construir socialmente o currículo.

O desenvolvimento, à luz de “teorias e modelos importados”, marcou a dois tempos e a velocidade diferente, a subordinação, por um lado ao conhecimento e poder médicos, que orientou conceptualmente os currículos até à década de 60, e por outro lado ao Estado (através de Comissões nomeadas, que já integravam enfermeiros), que determinava um currículo de âmbito nacional e submetido à discussão pelos enfermeiros, até final da década de 80.

É imperioso considerar ainda como constrangimentos à construção disciplinar e ao processo de profissionalização dos enfermeiros: (1) o facto de a disciplina profissional não se desenvolver a partir da estrutura de cuidados adequada ao contexto português; (2) o ensino não se alicerçar na estrutura de educação constituída pelo Sistema Educativo Nacional e (3) ser uma profissão essencialmente no feminino, o que para alguns autores, e de acordo com a tese androcêntrica da profissão (Witz, 1992), cria problemas ao desenvolvimento da mesma.

Amâncio (2002) contribui para esta compreensão, quando define o masculino universal e o feminino específico quanto à assimetria das representações do género, sendo do interesse deste estudo analisar a assimetria simbólica associada às igualdades de oportunidades nas relações sociais do género, em que “...o recurso à dimensão feminina de orientação para os outros, no caso da enfermagem, serviu para legitimar, no percurso histórico desta profissão, o acesso das mulheres a uma actividade que, deste modo, ficou situada numa ténue linha de fronteira entre o público e o privado”(Ib., p64).

Tal como na sociologia da educação, é importante ter em consideração que o campo de investigação em enfermagem é “emergente mais do que estático e multidimensional mais que unitário “ (Ib. p.3). É neste sentido que fazer uma abordagem sociológica permite focalizar os factores sociais, incluindo os relacionados, tanto com as estruturas

⁴ Cf. Nóvoa, António (1987). *Le temps des professeurs*, Instituto Nacional de Investigação Científica, pp.7-9 “Noutra área que não a Enfermagem, mas que interessa mobilizar, Nóvoa (1987) ao estudar a génese e o sentido da evolução do corpo profissional encarregado da educação das gerações futuras, escolheu de entre as diversas vias possíveis (história das instituições escolares ou do pensamento pedagógico, história dos programas ou dos métodos de ensino, história das disciplinas escolares ou da administração central da instrução pública, de entre outros), estudar a profissão de professor de um ponto de vista socio-histórico, utilizando como abordagem o processo de profissionalização da actividade de professor”

sociais bem como com os processos sociais (Ib. p.3). O sentido dos factos só é sociologicamente apreensível na relação com as condições sociais em que são produzidos, ou seja, é salientado o carácter socialmente determinado das formas de inteligibilidade social accionadas na prática social.

Esta postura é estruturada na distinção analítica entre o plano da produção das ideologias, ou dos sentidos sociais atribuídos, no qual se inscrevem as condições sociais passadas e presentes, em que as ideologias são geradas, e o plano da sua expressão, em que se inscrevem os discursos que legitimam as práticas e, no qual as ideologias se materializam. No entanto, sublinha o carácter puramente analítico desta distinção, já que, no plano concreto, interagem condições e discursos, numa dialéctica de mútuo condicionamento (Pinto, 1981).

A proposta de questionamento a fazer à formação de enfermeiros e, mais do que isso, à formação em enfermagem alicerça-se numa “... perspectiva sociológica que envolva um processo de ver além das fachadas das estruturas sociais”, procurando compreender de que forma “...o pensamento sociológico marca o amadurecimento de várias correntes intelectuais que podem ser localizadas com toda a precisão na moderna história ocidental” (Berger, p.41).

A Enfermagem constitui-se actualmente numa área do saber útil à sociedade, utilidade esta traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de actividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção. Por isto, impõe-se que ao “...fazer perguntas sociológicas, (...) se pressupõe que o sociólogo esteja interessado em olhar além das metas de acções humanas comumente aceites ou oficialmente definidas. Pressupõe uma certa consciência de que os factos humanos possuem diferentes níveis de significado, alguns dos quais ocultos à consciência da vida quotidiana”(Ib., p.39).

Considera-se «sociedade» como um grande complexo de relações humanas ou, para usar uma linguagem mais técnica, um sistema de interacção. Quanto ao termo «social», empregamo-lo de maneira mais limitada e com maior precisão, para nos referirmos à interacção, à inter-relação e à reciprocidade. A sociedade consiste, assim, num complexo de factos «sociais».

O conceito do «social» de Max Weber suporta esta intenção de investigar, na medida em que “(...) uma situação social é aquela em que as pessoas orientam as suas acções umas para as outras. A trama de significados, expectativas e conduta, que resulta dessa orientação mútua, constitui o material de análise sociológica”(Cf., Berger,p.37).

No estudo dos factos sociais e num olhar crítico sobre a sociedade, o sociólogo encontra material de estudo em todas as actividades humanas, mas nem todos os aspectos dessas actividades constituem material sociológico. A interacção não é um compartimento daquilo que os indivíduos fazem entre si. Constitui, antes, um determinado aspecto de todos esses actos.

O estudo da profissão de enfermagem como de ajuda, suportado numa perspectiva não exclusivamente funcionalista, ocorre na medida em que se considera a importância de conhecer o que existe para além das relações de dominação / subordinação e onde, “numa perspectiva interaccionista, “(...) A realidade da vida quotidiana apresenta-se como um mundo intersubjectivo (...). Esta intersubjectividade estabelece uma assinalável diferença entre a vida quotidiana e outras realidades, das quais não tenho consciência (...). Na realidade, não posso existir na vida quotidiana sem interactuar e comunicar com outros⁵”.

Procura-se o conhecimento da realidade com o sentido teórico de que “A conduta social não pode explicar-se senão através da interpretação dos mundos da intersubjectividade, rejeitando, portanto, os determinismos culturais, bastante do agrado da sociologia normativista (...) ao privilegiarem a subjectividade dos actores, as abordagens interaccionistas secundarizam as variáveis sociais mais estruturais”(Pais, p.98).

A perspectiva sociológica aqui desenvolvida vai procurar «desocultar» a acção social através da utilização de diferentes correntes teóricas.

Utiliza-se um paradigma interpretativo, de forma a apreender a realidade social «através dos olhos do actor», isto é, analisar as práticas e os modos como os indivíduos constroem a estabilidade do seu mundo social, ao mesmo tempo que o fazem descritível, observável e objecto de informação (através da etnossociologia, Bertaux⁶).

Numa perspectiva marxista, apesar de se reconhecer o peso dos determinismos sociais, a vida quotidiana parece centrar-se no indivíduo e na rotina, “O estudo da actividade criadora conduziu à análise da reprodução, isto é, das condições em que as actividades produtoras e as relações sociais se reproduzem, recomeçam, renovam ou, ao contrário, se transformam, por modificações graduais ou por saltos. Reprodução que visaria, em última instância, a manutenção da coesão social: « Uma sociedade perde toda a coesão senão restabelece a unidade. Como o faz a sociedade moderna? Organizando a mudança da quotidianidade»”(Cf., Ib.,p.101).

No âmbito do estudo desenvolvido, o conflito decorrente da «luta de classes», aqui considerada a partir das relações de dominação / subordinação, faz emergir momentos chave no processo de autonomização da enfermagem, enquanto profissão e enquanto disciplina.

Numa perspectiva interaccionista, os significados subjectivos da acção social devem constituir pontos de referência básicos da sociologia da vida quotidiana. Os fenómenos sociais objectivos devem ser vistos à luz da subjectividade dos actores sociais, quer no que se refere às atitudes, aos desejos, ou às definições de situação. Pelo que, se se quer fazer falar os factos sociais, há que provocá-los onde precisamente o subjectivo e o objectivo se cruzam.

⁵ Peter Berger e Thomas Luckman, *A Construção Real da Sociedade*, p.40

⁶ Bertaux, Daniel (1997). *Récits de vie*. Paris, Nathan Université

A compreensão da realidade não é atingível apenas pela identificação dos factos, sendo essencial a mediação entre estes, os contextos onde são produzidos e os actores que os produzem, e, desta forma, atingir uma «outra» realidade mais profunda, que emerge desse processo de mediação e de que resulta a clarificação de um campo próprio de saberes, que se constituem no campo disciplinar da enfermagem.

Esta perspectiva conduz do senso comum à sociologia cognitiva, levando a colocar a questão sobre a fronteira entre o conhecimento do senso comum e o conhecimento sociológico, ou será que a sociologia da vida quotidiana deve ficar prisioneira desse olhar para a «coisa mesma» a que Gadamer se refere, isto é, aquele olhar que opera segundo critérios da mais pura subjectividade? Se a sociologia da vida quotidiana se visse reduzida a uma mera interpretação dos «sentidos subjectivos», a acção social esgotar-se-ia em tamanha subjectividade. Ora não é verdade que a acção social se desenvolve e, portanto, só pode ser compreendida para além desse marco de subjectividade? Estaremos aqui perante a necessidade de uma «objectivação da subjectividade».

Também Weber preconiza que “ a especificidade do conhecimento sociológico assenta principalmente na compreensão do significado subjectivo de acção social” (Cf., Ib., pp. 105/106).

A importância que se atribui ao conhecimento da realidade da formação em enfermagem ao longo da segunda metade do século XX, para compreender o actual modelo de formação, levou a “procurar conhecer a realidade, construindo a respeito dela, e mediante quadros categoriais, operadores lógicos de classificação, ordenação, etc., mediante processos complexos influenciados ainda pelas nossas necessidades, vivências, interesses...” pelo que se construíram instrumentos (Entrevistas Etnobiográficas e Análise Documental de cariz Sócio-Histórico) que nos proporcionaram informação sobre essa realidade e modos de a tornar inteligível, mas procurando que nunca se confundissem com ela (Cf.,Silva, A.S. e Pinto, J.M., 1986, p.10).

O modelo de interpretação subjectiva construído e utilizado, permitiu, num primeiro nível, fazer a interpretação do senso comum, produzida a partir da intersubjectividade entre os actores os contextos e os saberes, captada da vida quotidiana, para além da acção rotineira, através da compreensão sociológica do quotidiano, suportada em categorias e construções adequadas da referida intersubjectividade.

Parte-se do pressuposto de que, se a sociologia é o estudo dos factos sociais, os discursos do senso comum são assuntos da sociologia, ou seja, são factos sociais – o que não quer dizer que os discursos e os padrões de comportamento não tenham de ser estudados através dos indivíduos e as suas circunstâncias pessoais, condição necessária para definir o tipo de entrevistas realizadas.

A questão da objectividade e da subjectividade é essencial, na medida em que “ os sociólogos devem procurar conseguir a maior objectividade possível na análise da

realidade social. Trata-se não de considerar a produção do conhecimento sociológico como socialmente neutra, mas de evitar distorções deliberadas, resultantes de interesses ou convicções, e de explicitar os pressupostos presentes nessa análise”(Código Deontológico – Associação Portuguesa de Sociologia; 1992, p.5).

Há, com efeito, um saber do senso comum, mesmo que intuitivo. Por exemplo, um hábil jogador de bilhar tem um conhecimento intuitivo das leis de choque entre corpos em movimento; do mesmo modo, no acto quotidiano de fazer a barba, não há necessidade de cientificamente se determinar em graus o ângulo de aplicação da navalha à pele para se conseguir um bom «escanhoado». Ora esse saber intuitivo e comum é matéria prima do conhecimento sociológico.

Também nesta perspectiva, o cuidar tem raízes ancestrais e evoluiu de uma base de senso comum, mediado por saberes que se (re)construíram em contextos diversos e por actores distintos, encontrando-se actualmente mais próximo de um cuidar de características técnico intelectuais, essencialmente porque os actores desse mesmo cuidar transferem do conhecimento científico para a acção quotidiana os saberes que os definem como profissionais competentes em acção.

Na sociologia da vida quotidiana, recorre-se frequentemente a métodos e fontes que permitam obter uma informação em nome da primeira pessoa. Nos métodos biográficos, por exemplo, são as próprias pessoas que falam da existência quotidiana. E, mesmo que os indivíduos não consigam traduzir adequadamente, no seu discurso comum, intuitivo e inocente, aquilo que fazem é por isso mesmo que o que «fazem» tem mais sentido do que aquilo que não sabem. Esta foi a questão essencial estudada por Amendoeira em 1999, acerca da formação em enfermagem, numa perspectiva dialéctica entre a formação e o trabalho, onde utilizou a observação participante como método que permitiu identificar algumas dimensões da consciência discursiva e da consciência prática, mediadas pelo processo de cuidados como processo de interacção entre os profissionais e o cliente de cuidados.

O cuidar enquanto processo de interacção social, suporta-se numa linguagem que se expressa pela partilha intersubjectiva de significados, significados estes que não são simplesmente crenças ou valores subjectivos, mas elementos que constituem a realidade social, em que se constitui o processo de cuidados, “A linguagem aparece, ao mesmo tempo, como a base e o instrumento da «construção social da realidade»” (Cf., Pais), que Costa (1992)⁷ complementa, na medida em que considera “o que a sociologia faz é procurar combinar, de forma cognitivamente produtiva, a análise das regularidades e das singularidades sociais”(p.48).

Interessa reflectir se, no quadro das rupturas epistemológicas do discurso científico relativamente ao senso comum, as interpretações espontâneas e as evidências do senso comum revelam ou ocultam relações sociais que, do ponto de vista de uma sociologia da vida quotidiana, importa ter em conta.

⁷ Costa, A. F. (1992). O que é a sociologia, Lisboa, Difusão Cultural

A perspectiva teórica de Touraine contribui para a compreensão do problema em estudo, na medida em que defende a necessidade de definir um tipo de análise sociológica no centro da qual se deve colocar o «actor» social.

É devido à intervenção activa que o «actor social» pode passar de um nível a outro da realidade social e não construir apenas condutas de respostas e adaptação, mas condutas de projecto e de conflito (Cf. Touraine, p.202).

De acordo com Pais (p.96), “a sociologia da acção, ao contrário da psicossociologia, não adopta o pequeno grupo como campo de análise privilegiado. Ele é antes o intérprete de uma história que o transcende temporal e socialmente, embora essa história «atravesse» e seja inserível na situação concreta do pequeno grupo.” Perspectiva teórica que se assume nesta tese.

Este estudo organiza-se em cinco Partes distintas, mas interdependentes, que se caracterizam em seguida. No início de cada uma das partes apresenta-se um friso cronológico com os factos sociais mais relevantes, por referência às respectivas datas.

A **Parte I**, designada **Modelo(s) de formação em enfermagem...na interface da construção social do currículo e do grupo profissional dos enfermeiros**, constitui-se em seis capítulos.

No **capítulo 1- a construção social do currículo**, desenvolve-se uma abordagem pela sociologia da educação, em torno dos três domínios - contextos, saberes e actores, numa perspectiva de transição entre o modelo de racionalidade técnica para um modelo da competência de cuidar – curar, valorizando as dimensões da interdisciplinaridade e interprofissionalidade que ocorre no Processo de Cuidados. A construção social do currículo de formação em enfermagem suporta-se na perspectiva teórica de Meleis (1991), teoria da integração, onde a disciplina de enfermagem adquire um estatuto de centralidade na organização e desenvolvimento do actual Modelo de Formação em Enfermagem, a partir de uma visão multiparadigmática do cuidar.

No **capítulo 2 – Os grupos profissionais – processo de profissionalização**, pretende-se integrar a sociologia do currículo com a sociologia dos grupos profissionais, quanto à dinâmica social e profissional. A perspectiva teórica baseia-se na lógica da construção dos grupos profissionais, considerando típico o processo de profissionalização dos enfermeiros, pela mobilização das teorias accionalistas, teorias do género e teoria do conflito. Esta perspectiva teórica, permitirá compreender o processo de construção de identidade profissional e da própria mobilidade no mercado de trabalho, do enfermeiro como profissional técnico-intelectual.

No **capítulo 3 – Do problema inicial...à construção do objecto de investigação**, a construção da problemática estrutura-se em torno dos três domínios referidos, numa dialéctica entre a construção social do currículo e o processo de profissionalização dos enfermeiros. O objecto de estudo foi construído numa dinâmica entre a formação orientada pela racionalidade técnica e a formação orientada pela competência profissional para cuidar curar.

No **sub-capítulo 3.1 – A hipótese de trabalho**, é assumida numa perspectiva heurística, a partir da problemática e do objecto em construção antes referidos, adoptando as perspectivas teóricas já referidas.

No **sub-capítulo 3.2 – Desenho de investigação. O trabalho empírico**, adopta-se como objecto de estudo – O(s) modelo(s) de formação em enfermagem na segunda metade do século XX. *A concepção e a utilização do conhecimento em enfermagem*. Utiliza-se o método histórico, na complementaridade entre o método sócio-histórico e o método biográfico, utilizando o estudo de caso. Nesta perspectiva, considera-se como fontes as pessoas, aqui considerados informantes chave, e os documentos, utilizando como técnicas de recolha de dados, respectivamente, a entrevista etnobiográfica e a análise documental, garantindo a qualidade dos dados e recorrendo à saturação dos mesmos, numa lógica de análise de indícios em simultaneidade com a recolha dos mesmos. Utiliza-se a técnica de análise de conteúdo, pela construção de um sistema de categorias por domínios de análise temática. O capítulo termina com a proposta de um esquema analítico.

No **capítulo 4 – Uma biografia partilhada da enfermagem**, a partir das entrevistas etnobiográficas e numa lógica de análise das biografias paralelas, escreve-se a história da «vida» da enfermagem em Portugal, no período entre 1950 e 2003.

A **Parte II, Dos espaços de formação de enfermeiros à «Escola» de Enfermagem**, constitui-se em 8 capítulos, que se caracterizarão em seguida.

No **capítulo 1 – O Estado e o ensino de enfermagem...um papel reformista e regulador?** adopta-se a perspectiva evolutiva do papel voluntarista do Estado, analisando a evolução do papel do Estado nas diferentes reformas. Dá-se um certo ênfase ao relacionamento dos Serviços Centrais com as escolas, no âmbito da tutela e das comissões de reforma do ensino de enfermagem.

No **capítulo 2 – Quando a Escola para enfermeiros era um serviço do hospital**, aborda-se a criação e a manutenção das escolas como serviços dos hospitais, com estatuto público ou privado (de orientação religiosa), sob a tutela do Ministério do Interior e posteriormente Ministério da Saúde, com excepção de uma escola tutelada pelo Ministério da Educação Nacional. Analisa-se a construção das diversas autonomias, por associação com a construção da disciplina de enfermagem, e o alargamento da oferta, através da rede de escolas que se foi (re)construindo.

No **sub-capítulo 2.1 – As enfermarias escola. Laboratórios da realidade ou utopia?** Analisam-se as enfermarias escola como espaços de formação onde se procurava a articulação entre o ensino teórico e o ensino prático, melhorando também as condições na prestação de cuidados. Discutem-se também os efeitos perversos decorrentes desta estratégia. Identificam-se, nesta lógica, os primeiros protocolos de cooperação interorganizacional.

No **sub-capítulo 2.2 – O Lar / Residência. Lugar de socializações**, aborda-se a perspectiva da formação / socialização das alunas para uma profissão feminina,

valorizada como extensão da actividade doméstica. Neste sentido, procura perceber-se como os enfermeiros homens ficavam afastados desta lógica de formação / socialização. No **capítulo 3 – Mudanças paradigmáticas na saúde. Novas necessidades de formação**, abordam-se as mudanças na saúde, centradas na evolução da sociologia da saúde de uma lógica funcionalista para uma perspectiva interaccionista, que permita compreender uma «transição epidemiológica» na construção do conceito de saúde, mais próximo do que é actualmente o pensamento em enfermagem, em relação aos contextos, aos saberes e aos actores, em transição para uma perspectiva humanista.

No **capítulo 4 – A Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, rumo à construção da «Escola» de enfermagem**, analisa-se a importância da Escola no desenvolvimento da missão quanto à formação permanente e à formação de líderes de enfermagem, com relevância para o início da sistematização do pensamento e conhecimento em enfermagem, pelo desenvolvimento de estratégias educativas e de investigação, missão semelhante à dos Institutos Superiores existentes na mesma época, no espaço nacional e internacional.

No **capítulo 5 – A “nova” rede de escolas de enfermagem. A construção da autonomia, dos anos 70 à actualidade**, a rede de escolas de enfermagem é analisada à luz da política educativa do país, coincidente com a criação do ensino superior de curta duração (posteriormente ensino superior politécnico) com a distância necessária ao facto de o ensino de enfermagem não estar integrado no sistema educativo nacional. Analisa-se também o facto de a maioria das escolas terem sido criadas para formar auxiliares de enfermagem, e as repercussões deste facto quanto à construção da autonomia. Releva-se ainda a conversão das escolas em escolas superiores politécnicas, decorrente da integração do ensino no sistema educativo nacional.

No **sub-capítulo 5.1 – O relacionamento das escolas com a comunidade e outras organizações de saúde**, reflecte-se em torno da evolução da colaboração / conflito entre as diferentes organizações (educativas e de saúde), tendo como referência as reformas curriculares de 1965, 1976 e as mudanças na década de 90, para uma situação de cooperação/parceria em construção no final da década de 90, com ênfase no estabelecimento de protocolos de cooperação no âmbito da formação inicial e pós - graduada.

A **Parte III, Dos saberes dos enfermeiros ao conhecimento em enfermagem**, é estruturada em cinco capítulos, que se ilustram seguidamente.

No **Capítulo 1 – Do currículo construído por outros, à responsabilidade dos enfermeiros na organização e desenvolvimento curricular**, procura compreender-se as estratégias e a importância das mesmas para o desenvolvimento da autonomia, a partir da construção social do currículo pelos enfermeiros, fazendo emergir o campo disciplinar da enfermagem na interdisciplinaridade dos saberes.

No **capítulo 2 – A heterogeneidade dos cursos. O plano único e a ausência de uma política de formação**, analisam-se os factores, as estruturas e os processos que

caracterizaram o ensino de enfermeiros a partir de um plano único, embora heterogéneo, onde a política e as estratégias de formação de profissionais de enfermagem procuravam reproduzir aquelas que eram as necessidades identificadas por outros que não estes profissionais. Procura compreender-se como ocorreu a transição para a diversificação adveniente da integração no sistema educativo nacional e os constrangimentos a uma real diversidade na formação em enfermagem, na actualidade.

No **sub-capítulo 2.1 – os saberes teóricos e práticos como organizadores dos curricula de ensino de enfermeiros**, identificam-se a fonte e o uso dos saberes pelos enfermeiros no quotidiano e a transição que foi ocorrendo de uma postura dicotómica entre a teoria e prática, para uma valorização do trabalho técnico intelectual onde a concepção e a execução são dimensões da dialéctica entre a formação e o trabalho dos enfermeiros, adquirindo os saberes relacionais um estatuto diferente na construção do conhecimento.

No **sub-capítulo 2.2 – a caminho da identificação de um campo próprio de conhecimentos. O papel da investigação**, estuda-se a singularidade do caso português no que concerne à emergência das práticas como campo de análise e produção dos saberes, com uma influência tardia da investigação neste processo, na medida em que se tem enfatizado a metodologia de investigação, em detrimento do estudo da essência e da natureza do cuidado de enfermagem. Associa-se a esta análise a importância da integração do ensino de enfermagem no ensino superior, com a consequente entrada dos enfermeiros no sistema universitário para desenvolvimento de investigação no âmbito da obtenção dos graus académicos, e os contributos que daí advieram para a clarificação do campo próprio de conhecimentos.

No **Capítulo 3 – O ensino de enfermagem no politécnico. Oportunidade ou constrangimento à evolução da disciplina**, procura analisar-se as oportunidades e os constrangimentos, pela referência aos defensores da formação em enfermagem ao nível do ensino universitário, pela proximidade que este contexto traria com a formação da grande maioria dos profissionais de saúde, associada ao constrangimento de produção de conhecimento no ensino superior politécnico, sugerindo-se essencialmente a dificuldade em compreender a manutenção da ambiguidade que é continuar a definir este sub-sistema essencialmente por aquilo que não é ou que não «faz».

A **Parte IV, Enfermeiros em Portugal. A Identidade profissional**, organiza-se em torno de sete capítulos que se caracteriza em seguida.

No **capítulo 1 – De estudante a enfermeiro, como evoluíram os acessos e os percursos**, analisa-se a evolução do acesso dos candidatos aos cursos de enfermagem, sempre mediada pela necessidade da melhoria das condições de ensino e do exercício profissional, como estímulo à procura que se caracteriza em momentos chave. Releva-se o conceito de vocação considerado como essencial durante longo período e de como se evoluiu de um conceito de vocação estritamente religioso, para uma tentativa de elaboração de estratégias de avaliação vocacional e de orientação profissional. Na

actualidade, propõe-se um conceito de vocação moderna, mais compatível com as características sociais e o contexto formativo actual, com a perspectiva de formas de selecção diferenciadas, de acordo com as áreas de ensino.

No **capítulo 2 – Enfermeiros e auxiliares de enfermagem. As duas faces de uma moeda. A comissão nacional dos cursos de promoção**, é analisada a existência de dois níveis de formação de pessoal de enfermagem entre 1947 e 1974, que se traduzia nos contextos de prestação de cuidados num único nível, assegurado quase exclusivamente pelos auxiliares de enfermagem (em muito maior número). Estuda-se o movimento reivindicativo dos auxiliares de enfermagem, que conduziu em 1974 à extinção do curso de auxiliares e a decisão política que permitiu a transição para um nível único de formação de base. Daí decorreu a criação da categoria de enfermeiro de 3ª classe, com a possibilidade destes frequentarem o curso de promoção, sob a égide da Comissão Nacional dos Cursos de Promoção. São analisadas as repercussões que estes factos profissionais tiveram no modelo de formação em enfermagem, neste período.

No **sub-capítulo 2.1 – O género, a autonomia e a identidade sócio-profissional dos enfermeiros**, analisa-se de forma crítica, a importância do género no processo de profissionalização e construção dos processos identitários, característicos da autonomização da enfermagem. Releva-se o estatuto de profissional de enfermagem, considerando ser esta uma profissão tradicionalmente feminina, num mundo masculino por tradição, no que respeita aos processos de produção social. Procura contribuir-se para a compreensão de como um modelo de cuidar, que se aproxime da pessoa como centro dos cuidados, pode dar visibilidade ao trabalho de enfermagem, não sob a dominação do médico, mas como trabalho de um profissional autónomo e com uma identidade própria.

No **subcapítulo 2.1.1 – A dinâmica sócio-profissional dos enfermeiros. Os sindicatos, as associações profissionais e a ordem dos enfermeiros**, propõe-se a análise dos factores e dos factos sociais que estimularam ou inibiram o processo de profissionalização dos enfermeiros, reportando-se à existência de uma grande heterogeneidade na formação de enfermeiros até um passado recente. Enfatizam-se também as circunstâncias sócio-políticas que caracterizam este período em estudo, para se compreender melhor a influência dos factores endógenos e dos factores exógenos, no âmbito da dinâmica sócio-profissional do grupo dos enfermeiros.

No **subcapítulo 2.1.2 – Enfermeiros, um grupo profissional actuante na interdisciplinaridade em saúde**, mobiliza-se para a análise os dados relativos à interdisciplinaridade em saúde, rompendo com uma visão funcionalista da actividade do enfermeiro, que o coloca numa situação periférica por ausência de saberes próprios, para uma perspectiva interaccionista, que valoriza os saberes relacionais e técnicos numa perspectiva de interdependência e autonomia, mobilizados junto do cliente de cuidados como parceiro, essencialmente quando utiliza um modelo de cuidar, num processo de cuidados, em que assume a sua profissionalidade pela competência.

No **subcapítulo 2.2 – Necessidades em cuidados de enfermagem e recursos disponíveis. Sempre falámos de défice**, analisam-se os dados relativos a esta dimensão, mobilizando a premissa de que a relação entre as necessidades de cuidados de enfermagem e os recursos disponíveis tem ocorrido sempre no quadro particular da subdivisão do trabalho médico, ao sabor da complexidade inerente às organizações prestadoras de cuidados e à política de saúde desenvolvida. Procurou-se introduzir na análise a importância da perspectiva interaccionista para a avaliação das necessidades de cuidados de saúde, com especial ênfase para os cuidados de enfermagem, através da centralidade da pessoa, como foco de atenção dos enfermeiros.

No **capítulo 3 – De monitor a professor de enfermagem. Um percurso a compreender**, procura analisar-se as estratégias desenvolvidas pelo grupo profissional dos enfermeiros no sentido da intervenção no ensino, numa dimensão exclusivamente técnica e delegada (monitor) pelos médicos que eram os professores, até à concretização de um estatuto de professor do ensino superior. Para uma mais adequada compreensão desta dimensão, enfatiza-se o período correspondente ao final da década de 70 até meados da década de 90, como um período desprestigiante para o ensino de enfermagem e consequentemente os enfermeiros docentes, com implicações claras no desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

A **Parte V, A transicionalidade. Um modelo interpretativo do objecto**, organiza-se em torno de dois capítulos que se descrevem em seguida.

No **capítulo 1 – O modelo transicional**, é proposta a discussão de um modelo que permite analisar as diferentes fases da evolução da enfermagem como disciplina nas componentes académica e profissional, suportado no conceito de transição de Meleis e no conceito de transicionalidade, proposto por teóricos de diversas áreas do conhecimento.

No **capítulo 2 – As principais conclusões**, sistematiza-se a partir das evidências e suportando-se no modelo proposto, os principais factos sociais nos três domínios estudados. Estas constituem-se não como respostas inacabadas, mas sim como contributos para a continuidade do estudo deste objecto, constituindo-se ainda como sugestões, algumas áreas do estudo.

No discurso utilizam-se indiscriminadamente as designações enfermeiro ou enfermeira e aluno ou aluna, dado não existir nenhuma preferência especial por uma ou outra designação e todas se adequarem ao contexto em estudo.

Apresenta-se um volume anexo que pretende apoiar o volume principal do trabalho, fornecendo dados, informação e excertos de documentos que contribuem para a compreensão da análise.

A estrutura do volume de Notas e Documentos é igual à do presente volume, sendo estas ordenadas em cada um dos capítulos. Neste volume, em cada nota está referenciada a página em que a mesma ocorre no volume em anexo.

PARTE I – MODELO(S) DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA INTERFACE DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CURRÍCULO E DO GRUPO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

CAPÍTULO 1 - A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CURRÍCULO

Neste capítulo definem-se as bases teóricas que permitam fundamentar que a construção social do currículo ocorre a partir da disciplina enquanto área do saber em que se mobilizam os actores, os espaços de formação e de uma forma mais geral o Estado.

Na construção da disciplina, a influência dos saberes que se desenvolveram e cimentaram no «exterior», (extra-disciplinar e geográfico) fez com que existisse uma “enfermagem teórica “ e uma “enfermagem prática“, o que levou ao aparecimento dos que “pensam a enfermagem“ e dos que “fazem a enfermagem”⁸, na relação (dicotómica) entre uma orientação profissional e uma orientação académica, que advinha essencialmente da influência da especialização na formação, num paradigma de abordagem reducionista, porque baseada essencialmente numa perspectiva biomédica⁹,
¹⁰.

O questionamento emergente dos diferentes tipos de saberes utilizados, é feito valorizando a forma como os mesmos ocorrem na prática profissional e em que medida, podem conduzir à identificação de factores sociais e processos sociais de desenvolvimento da disciplina. E isto, numa lógica funcionalista (Durkheim) para uma perspectiva interpretativa (Weber), passando pelas teses marxistas ligadas às classes sociais (Marx)¹¹. É uma forma de mobilizar o conhecimento e estudo deste fenómeno, à semelhança do que acontece com o conhecimento da sociologia da educação, onde “A chave para abrir a sociologia da educação é o conjunto de teorias que promovem uma janela através da qual os sociólogos vêem o mundo da educação “(Saha,1997, p.4).

Mobilizar o conhecimento da construção da Sociologia como disciplina científica, embora que só por analogia, contribui para a compreensão do fenómeno em estudo, na medida em que “...para além da criação de uma linguagem própria, onde é criada uma terminologia que atribui à disciplina um carácter científico, visível pela criação de regras científicas de verificação o que compeliu os sociólogos a reflectir sobre

⁸ Esta é uma postura posterior à criação da Escola Ensino e Administração em Enfermagem (1967)

⁹ Amendoeira, José (2000). O(s) sentido(s) do cuidado de enfermagem.

¹⁰ Soares, Isabel (1997). Da blusa de brim à touca branca.

¹¹ Saha, L. J. and Zubrzycki, J. (1997). Classical sociological theories of education. pp.11-21

problemas metodológicos, sendo a metodologia parte necessária e válida na actividade sociológica”¹² (Berger, p. 22).

O facto da sociologia ter surgido como disciplina num certo estágio da história da ciência ocidental, levou os sociólogos a indagar como é possível a certos indivíduos ocuparem-se da sociologia e quais são as pré condições para essa ocupação. Por outras palavras, a sociologia não é uma actividade imemorial ou necessária ao espírito humano. Admitindo-se isto, ocorre logicamente valorizar os factores que a transformaram numa necessidade para determinados homens. Nóvoa (1987)¹³, ao estudar a profissão de professor, mobilizou a génese e o desenvolvimento do modelo escolar enquanto produto de um jogo complexo de relações sociais e de mudanças de representações e orientações normativas, que importava elucidar. De forma idêntica, nesta tese, pretende-se questionar a construção da disciplina de enfermagem em interdependência com o grupo profissional dos enfermeiros.

A Sociologia da Educação enquanto disciplina (ou campo disciplinar) pode ajudar à referida clarificação da disciplina de enfermagem e simultaneamente considerá-la como organizadora do modelo de formação. Pretende-se estudar o ensino de enfermagem, no período entre 1950 e 2003, na lógica de que “em contraste com sistemas sociais o estudo das estruturas sociais tem o foco na forma como a vida social está limitada pelo padrão organizacional de um sistema e como esse padrão impõe comportamentos ao indivíduo, grupo ou organização”¹⁴. Esta é uma temática que em diversos países tem ocupado muitos profissionais, com especial ênfase a partir do momento em que o Modelo de Formação passou a desenvolver-se numa lógica politécnica e não monotécnica, o que em Portugal ocorre teoricamente em todo o percurso entre 1952 e a actualidade, com ênfase a partir da integração a nível do ensino superior politécnico.

Este período é coincidente com o que Meleis (Cf., 1991, p.34) designa por cronologia do desenvolvimento da teoria em enfermagem, a partir essencialmente da importância da investigação na construção da disciplina, onde se suporta a proposta de três períodos de análise da evolução da mesma (Cf., Amendoeira, 1999)¹⁵, e que se associa ao proposto por Meyer (1995) quanto à existência de cinco fases históricas na produção social da profissão em interdependência com o desenvolvimento da disciplina, sendo que interessa mobilizar essencialmente a quarta e quinta fases (Nota I, p.5).

O período em estudo compreende a quarta fase (a da enfermagem científica) e que se situa entre os anos quarenta e sessenta. A característica principal é a preocupação em organizar princípios científicos que orientam a prática de enfermagem e enfatizar a

¹² Berger, Peter L. (2002). *Perspectivas Sociológicas. Uma visão humanística*.

¹³ Cf. Nóvoa, António (1987). *Le temps des professeurs*, Instituto Nacional de Investigação Científica, p.60

¹⁴ Saha, (Org) (1997). *International encyclopaedy of sociology of education*. p. 5

¹⁵ Amendoeira, José (1999). *A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos? “Período pré-Nightingale; de Nightingale aos anos 60 e dos anos 60 à actualidade”*

busca da interdisciplinaridade, como mais valia para a qualidade do processo de cuidados.

A quinta fase considerada por Meyer, inicia-se nos anos sessenta e decorre até à actualidade. Uma das características deriva da afirmação das teorias de enfermagem e das ciências de enfermagem, as quais se expressam na construção de instrumentos teóricos que permitam a apropriação do objecto de trabalho. De acordo com Abreu (Ib. p.103) A enfermagem tenta construir a sua autonomia a partir de lógicas e linguagens próprias legitimadas científica e socialmente. A multiculturalidade, a multiprofissionalidade, o humanismo, as questões identitárias, a autonomia e a excelência dos cuidados entre outras características estão hoje no centro do debate, em torno das componentes académica e profissional da disciplina de enfermagem.

Sendo a fonte dos conhecimentos em enfermagem interdisciplinar, e assumida ainda pelos enfermeiros como informação para adquirir conhecimento, a visibilidade da acção dos enfermeiros ocorre ainda na ordem do ritual, onde aparentemente a concepção está ausente do processo de cuidados.

Os enfermeiros ao começarem progressivamente a consciencializar-se da formação que possuíam e dos saberes que mobilizavam nos contextos diários de trabalho, procuram também conciliar as melhores formas de transferir «esse conhecimento científico» para o aplicar no quotidiano e compreender como o trabalho no quotidiano, promove ou não essa transferência. Reivindicam actualmente mais autonomia e o direito de não se responsabilizarem por actividades por vezes periféricas, recusadas pelos médicos. Procura-se uma nova independência na hierarquia de poderes nos contextos de trabalho (a que naturalmente não é alheio o movimento de afirmação social e profissional da mulher) e, simultaneamente, uma fuga ao controle da divisão médica do trabalho (Cf. 2001, p.103).

Não se pretende questionar a organização da disciplina de enfermagem enquanto facto isolado, mas sim estudá-la pela relação dialéctica entre a formação e a profissão dos enfermeiros, relevando a construção social do currículo, a evolução das primeiras escolas para enfermeiros às primeiras escolas de enfermagem em Portugal, até à integração plena do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, e os actores de todo este processo.

Quanto à Escola enquanto organização educativa, procura-se assumir aqui uma dinâmica evolutiva, de um contexto de reprodução da hegemonia do Estado, para uma Escola mais autónoma, aberta e flexível.

A dimensão a estudar vai muito para além do contexto circunscrito à Escola, mobilizando de forma abrangente os espaços de formação, sendo organizadores do estudo, entre outras dimensões os mecanismos de legitimação da formação, na lógica anteriormente assumida onde o saber e o poder são essenciais a este processo.

No período em estudo, a Escola para Enfermeiros evoluiu para a Escola de Enfermagem, ocorrendo “...a recriação de um conceito de instituição onde esta não é

reduzida à sua funcionalidade, nem à sua materialidade organizacional, mas é investida de uma «imaterialidade», de uma espacialidade e de uma temporalidade que a transcende enquanto espaço social delimitado, constituindo uma das contribuições da análise institucional que melhor poderá contribuir para a complexificação da dicotomia entre o indivíduo e a sociedade como referente privilegiado na definição dos problemas educativos e na estruturação das práticas pedagógicas”(Correia, 1998, p.98).

O modelo de formação em uso decorreu «à margem» (embora sofrendo influências) do Sistema Educativo Nacional até final da década de 80, identificando-se este como um dos mais fortes constrangimentos à produção de um campo próprio de saberes, considerando que o saber converte-se em poder e as profissões constituem a ligação humana entre um e outro, (Freidson citado em Carapinheiro e Amâncio; 1995). Pode dizer-se que profissão, saber e formação superior articulam-se com sistemas de controlo e autoridade. Esta lógica ocorre essencialmente através da função ideológica do modelo profissional, onde de acordo com Magali Larson, os anos de escolaridade funcionam mais como uma justificação ideológica para o preço da mercadoria profissional do que como determinante do seu valor no mercado. É neste sentido que a Educação Superior tem um papel na legitimação e institucionalização do conhecimento, papel que se explorará neste estudo.

O ponto de partida para a construção do objecto de estudo, é a reflexão a partir do pressuposto de que em 1952, com a primeira reforma do ensino de enfermeiros, o esquema de formação era claramente orientado pela racionalidade técnica¹⁶, na medida em que a formação dos profissionais de enfermagem acontecia no âmbito das ciências médicas, em todos domínios considerados nesta tese (Espaços, Curricula/Saberes e Actores). No paradigma da categorização¹⁷ a que se faz corresponder a orientação biomédica, identificam-se de facto duas orientações diferentes da enfermagem. A primeira é para a saúde pública, que considerava as condições de insalubridade em que vivia a população em geral e que existia mesmo nos meios clínicos.

A segunda surge posteriormente e, orienta-se para a doença. Aqui a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das suas partes, que são separadas e identificáveis. O objectivo da enfermagem passou a ser estudar a doença, formulando um diagnóstico preciso que permitisse um tratamento. Esta era a orientação para a racionalidade técnica, que servia e serve a evolução científico – tecnológica que permite à medicina alargar os seus horizontes e começar a dispor de tecnologias cada vez mais avançadas. A delegação ocorria por parte dos médicos o que levava progressivamente a uma necessidade de as enfermeiras disporem de uma parte do «saber» médico, para poderem prestar os cuidados que derivavam da tecnologia, considerados periféricos e de visibilidade nula para o campo próprio de saberes da enfermagem. Construía-se uma

¹⁶ influenciado pelo pensamento cartesiano e na saúde, relacionado com o modelo biomédico, essencialmente pelo carácter redutor, dualista e hierarquizado dos saberes e das acções. Pearson e Vaughan (1992). Modelos para o exercício da enfermagem, pp. 16-27

¹⁷ Cf. Kérouak et al (1994) La pensée infirmière

dicotomia entre o cuidar e o curar. A promoção desta orientação da prática profissional, associado à influência da *taylorização* do trabalho, fez com que os cuidados de enfermagem passassem a ter uma dimensão essencialmente de acto técnico, delegado do acto médico.

Mas como terão sido os primórdios da disciplina de enfermagem? É com a reforma de 1952 que surge pela primeira vez um conjunto de conteúdos de carácter técnico-procedimental, as técnicas de enfermagem, cuja abordagem passava a ser da responsabilidade de docentes enfermeiros (os monitores). Se se considerar como disciplina “uma perspectiva única, uma forma distinta de olhar os fenómenos e que define os limites e a natureza da sua investigação” (Donaldson e Crowley, 1978, p.13), a enfermagem constituiu-se como qualquer outra disciplina em torno de um domínio do conhecimento, definindo-se “um domínio, um território que tem fronteiras teóricas e práticas” (cf. Meleis, p.97). King e Brownell (1976) citados em Sacristan¹⁸, relevaram uma série de dimensões do conhecimento nas disciplinas, que se resumem, numa perspectiva de teoria do Currículo, no quadro seguinte.

Quadro nº 1 - Dimensões do conhecimento nas disciplinas, numa perspectiva do currículo

DIMENSÕES DE UMA DISCIPLINA OU ÁREA DO CONHECIMENTO	
1	Uma comunidade de especialistas e professores que compartilham uma parcela de saber ou um determinado discurso intelectual, com a preocupação de realizar contribuições para o mesmo
2	A expressão de uma certa capacidade de <i>criação</i> humana, num determinado território especializado utilizando certos princípios metodológicos
3	É um domínio, mais ou menos delimitado, com fronteiras permeáveis, com uma certa visão especializada e, em muitos casos, egocêntrica sobre a realidade, com um determinado prestígio entre outros domínios
4	É uma acumulação de <i>tradição</i> , tem uma <i>história</i>
5	Está composto por uma determinada estrutura conceptual, formado por ideias básicas, hipóteses, conceitos, princípios. Generalizações aceites como válidas num momento do seu desenvolvimento. São os que Schwab (1973, p.4) chamou de estruturas substanciais
6	É uma forma de indagar, tem uma <i>estrutura sintática</i> . O campo é composto de uma série de conceitos básicos ligados por relações entre eles. Se os diferentes campos de conhecimentos ou disciplinas perseguem o conhecimento através de estruturas substanciais diferentes, haverá também diferenças quanto à forma como cada uma delas se desenvolve e como verifica o próprio conhecimento
7	Supõem linguagens e sistemas de símbolos especializados, que criam mundos de significações próprias, em diferentes graus segundo as disciplinas de que se trate
8	As diferentes esferas do saber constituem uma herança, ou acumulação de informação e contribuições diversas materializadas em tipos diversos de suportes que representam as fontes essenciais para a continuidade do próprio campo. A sua acessibilidade, os meios de comunicá-la aos demais são fundamentais para o desenvolvimento do saber e para se aproximar das suas origens
9	É, inclusive, um <i>ambiente afectivo</i> que não se esgota na experiência intelectual. Expressa valores, formas de conceber os problemas humanos e sociais, possui também uma dimensão estética. Esse componente é inerente à criação do saber e deveria ser considerado nas experiências, cultivando atitudes

¹⁸ Sacristán, J. Gimeno (1998). O currículo . Uma reflexão sobre a prática, 3ª ed., Porto Alegre, Artmed, (Cf., pp. 68-70).

De acordo com Shermis, citado em Donaldson (Cf., 1978, p. 238), as disciplinas académicas aceites são todas caracterizadas por possuírem um corpo de conteúdos, técnicas próprias, preocupações significantes e relevantes para os humanos. Contudo estes não são critérios que distingam disciplinas de não disciplinas, mas providenciam uma base de aceitação de um ramo de aprendizagem como uma disciplina¹⁹.

As disciplinas funcionam como «corpos vivos», suportam-se em linguagens, adaptando-se, expandindo-se, redefinindo-se. Existem casos de reagrupamentos disciplinares que atravessam as fronteiras de disciplinas existentes. O conjunto de conhecimentos que constitui uma disciplina não é nunca um edifício acabado, imutável, eternamente eficaz. É influenciado necessariamente pelo contexto em que se joga a sobrevivência nessa época. Cresce eventualmente até ao momento em que começam a aparecer subgrupos específicos dotados de afinidades no âmbito dessa linguagem e que passam a ter evolução separada. Estas diversas especializações dentro da disciplina original comportam-se a partir daí como se disciplinas fossem, isto é, definem comunidades científicas, linguagens e problemas próprios.

Este é um questionamento que interessa desenvolver para compreender a forma como a Enfermagem construiu o processo de autonomização como especialidade da Medicina, numa perspectiva interdisciplinar, onde o objecto de cuidados é comum, mas em que o foco de atenção é diferente de acordo com a concepção que o sustenta, caracterizando, na essência o estágio de desenvolvimento da disciplina, em que os enfermeiros pensam enfermagem (Shaw, 1993, p.1652).

Assume-se a perspectiva de Meleis (p.81) quanto aos progressos na disciplina, “numa perspectiva de integração, que se caracteriza por um sentimento de mudança, onde a colaboração caracteriza a interacção, num processo de compreensão e de abertura, inovação e flexibilidade entre o tradicional e o contemporâneo, com um padrão de desenvolvimento caracterizado pela diversidade, numa dialéctica entre a investigação, a teoria e a prática, num diálogo compreensivista com a história, os padrões e o desenvolvimento dos seus membros, que a tornam de facto numa disciplina”.

A tentativa de superação da dicotomia entre o indivíduo e a sociedade no campo educativo que tem conduzido ao desenvolvimento de projectos de construção de uma interdisciplinaridade pensada como sobreposição ou conjugação de contribuições provenientes de diferentes matrizes disciplinares, parece poder ser repensada em torno da problemática de uma integração disciplinar temática e construída na interpelação crítica de diferentes matrizes disciplinares.

Esta é uma perspectiva que serve o objecto em estudo, na medida em que
“...pressupondo que nem o indivíduo é o objecto de estudo exclusivo da psicologia (da medicina, da enfermagem,...) nem a sociedade um exclusivo da abordagem sociológica, esta dinâmica da integração disciplinar não se confunde com o projecto empiricista que visa construir

¹⁹ João Caraça, quanto ao conhecimento e a sua organização em disciplinas, considera a existência de um arquipélago dos saberes. Caraça, João(1996). O que é a ciência? p.125

a interdisciplinaridade atribuindo uma importância metodológica acrescida a objectos empíricos que se situariam na interface entre o indivíduo e a sociedade: o grupo, a organização escolar, a instituição educativa, etc. (...) Apoia-se numa atitude epistemológica interpelante que postula a possibilidade de se reconhecer os limites dos diferentes «olhares disciplinares» explorando metodicamente as potencialidades interpretativas de cada um dos olhares em «domínios empíricos» que, tradicionalmente, não se integravam no campo das suas preocupações. (Correia, 1998, p100-101)

A disciplina de enfermagem organiza-se em torno da perspectiva filosófica das pessoas e das suas experiências de saúde, mantendo as características de uma arte com objectivos humanitários, caracterizando-se como a disciplina que compreende a multidimensionalidade complexa do comportamento humano, gerando algum consenso no que concerne à capacidade para reconhecer a singularidade e a individualidade tanto na saúde como na doença (cf. Shaw, p.1652), atribuindo-lhe uma função social que determina o território da enfermagem, "...incluindo o cuidar de pessoas que não se encontram capazes de se auto-cuidar em situação de doença ou de antecipação de uma doença"(Meleis, p.97).

Nesta linha teórica, a componente académica integra-se na componente profissional, na medida em que esta perspectiva teórica não opõe as diferentes disciplinas, se a enfermagem for conceptualizada como uma disciplina «prática» com um mandato social para melhorar a saúde e o bem-estar da humanidade (Shaw, p.1654)²⁰.

A interdisciplinaridade, mobilizada nesta perspectiva, permite o ganho de estatuto da enfermagem como disciplina, não significando a perda de estatuto da medicina, o que não é facilmente aceite, na medida em que a medicina no campo da saúde, expressa a capacidade socialmente aceite e legitimada de, como demonstrou Carapinheiro (1989), conferir ao saber médico o carácter de saber central e, deste modo, converter em saberes periféricos os outros saberes profissionais intervenientes nesse campo, nos quais se inserem os saberes de enfermagem.

Esta é uma questão importantíssima para o problema em estudo na medida em que se considerar que a orientação para a racionalidade técnica tem tido uma presença influente na formação dos enfermeiros, para além da valorização do «fazer», também a valorização de uma dimensão moral «do fazer por ordem de outrem», com hierarquia. Carapinheiro desenvolveu uma abordagem sociológica do Hospital, onde referenciou o lugar da enfermagem na divisão técnica e social do trabalho de produção de cuidados de saúde, adoptando como modelo analítico, as categorias de concepção/execução, atribuindo aos enfermeiros uma posição de simples execução, sob delegação da autoridade médica.

Freidson (1986), nas suas reformulações teóricas mais recentes, sublinha a irredutibilidade das actividades de enfermagem à simples categorização de trabalho de

²⁰ Maureen, Shaw (1993). The discipline of nursing: historical roots, current perspectives, future directions. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1651-1656

execução, considerando que essas actividades não se inscrevem no que designa uma divisão fragmentada do trabalho, mas antes numa divisão complexa, ordenada entre várias outras ocupações, em termos de especialização e autoridade (Freidson, p.165). Também Peneff (1992) sublinha que, mesmo na execução do trabalho que lhe é delegado, a enfermagem não se limita a aguardar ordens médicas, pois dado o carácter de continuidade dos cuidados, necessita frequentemente de tomar a iniciativa de requerer dos médicos a colaboração necessária, que Amendoeira (1999) classifica como da existência de um processo de cuidados, onde o enfermeiro assume cada vez mais o profissionalismo, tal como Freidson o concebe (Cf.,1984, p.78-80).

As mudanças curriculares, sociais e profissionais que ocorreram, não significam só por si as mudanças no modelo de formação, pois “ quando o interno e o externo estão em conflito (ou dessincronizados) a mudança tende a ser gradual ou efémera” (cf. Goodson, 1997, p. 29)

Nesta perspectiva, “as mudanças organizacionais (*dos planos de estudo, dos espaços de formação e dos intervenientes*) foram definidas e implementadas, mas as categorias institucionais, dependentes dos grupos de apoio externos, mostram-se resistentes à mudança, na medida em que se tornava essencial para a enfermagem sair da subordinação à autoridade médica, descobrir um campo onde pudesse reivindicar e manter o seu monopólio, mas como isso teria de ocorrer num campo em que a saúde estivesse no centro das suas actividades, ficaria de novo sob o controlo da medicina (Cf., Freidson, p.76).

É no entanto de considerar que a sociologia da saúde e da doença, na década de 50 ao eleger como objecto de estudo a medicina e a doença, centra-se essencialmente na profissão médica e nos locais onde os médicos exerciam a sua acção, ou seja no Hospital.²¹

Na década de 70, de acordo com Cabral, a sociologia começou a formular diferentes interrogações e a procurar diferentes objectos de estudo, dos quais, de forma interdisciplinar a enfermagem se vai apropriando nas décadas seguintes.

A sociologia da Saúde evoluiu de uma perspectiva funcionalista onde se privilegiava essencialmente a relação médico doente, passando por uma perspectiva marxista, em que a ênfase era colocada no conflito entre os dois actores e, por outro lado, na forma como a economia de mercado condiciona as respostas do sistema de saúde à procura social, mas também através do interaccionismo dando atenção à dimensão negociada onde emerge a incerteza das relações entre o médico e o doente e entre o primeiro e os outros actores de saúde (entre os quais os enfermeiros). Finalmente, a evolução da disciplina (e de outras disciplinas na área das ciências da saúde), deve-se também às dinâmicas de funcionamento do próprio sistema de saúde e das suas relações com a esfera política, económica e social (Ib. p.28). Na segunda metade do século XX, as

²¹ Cabral, Manuel Villaverde (coord.) (2002) Saúde e Doença em Portugal, p.27

sociedades da área geocultural em que Portugal se integra, conheceram progressos importantes em quatro dimensões que se relacionam no quadro seguinte.

Quadro nº 2 - Dimensões inerentes às dinâmicas de funcionamento dos Sistemas Saúde

Dimensões	Progressos	Consequências associadas
Demográfica	Descida da mortalidade infantil, aumento da esperança de vida	Aumento do impacto da doença crónica
Política	Compromisso político da acção sobre a saúde e bem-estar da população	Crise económica e política do modelo NHS devido às pressões sociais e demográficas sobre o sistema
Médico-Científica	Desenvolvimento dos conhecimentos médico –científicos e crescimento dos cuidados de saúde	Desvalorização dos factores que não integram o modelo biomédico de explicação, prevenção e tratamento de doenças
Socio-Cultural	Melhoria das condições de vida	Individualização da questão da saúde através dos «estilos de vida»

Os progressos obtidos trouxeram problemas inesperados e levantaram novas discussões. Destas relevam-se as que mais directamente se relacionam com a enfermagem. Assim na dimensão Demográfica, o aumento crescente da terceira e quarta idades, faz aumentar exponencialmente a população mais vulnerável às doenças crónicas e às doenças degenerativas associadas à velhice, bem como a incapacidade crescente do modelo biomédico para explicar os factores que não o integrando, necessitam ser analisados no interface entre o estado de saúde e o estado de doença (transições).

De acordo com a teoria da integração proposta por Meleis, bem como o que considera como domínio do conhecimento em enfermagem, mobilizam-se para a construção do quadro teórico desta tese, os conceitos considerados como centrais ao referido domínio e que são segundo a autora: cliente de enfermagem (pessoa, família ou comunidade; transições; interacção, processo «*de cuidado*» de enfermagem, ambiente, saúde e intervenções terapêuticas de enfermagem).

Numa perspectiva evolutiva da construção da disciplina, releva-se o conceito de transição, na medida em que o mesmo permite ilustrar a fase da construção da disciplina, na perspectiva da teoria da integração em que, “os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o acto de transição, (...) no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas interrelações, nas expectativas ou nas capacidades”(Meleis, p.103). É neste sentido que adiante se introduzirá a discussão entre o conceito de «cuidados de enfermagem» e o conceito de «cuidado de enfermagem», na perspectiva em que não se trata duma questão do singular ou plural, mas sim da singularidade com que cada pessoa vive as transições.

A aprendizagem dos conhecimentos que era feita, nem sempre se suportava em conhecimentos específicos de enfermagem, tendo sido por isso transformados em

tarefas e acções que os enfermeiros desenvolviam no dia – a – dia, mas em que não era visível a concepção do que faziam.

O paradigma da integração (que Amendoeira [1999] associa à época dos anos 60 à actualidade), influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa, nos Estados Unidos por volta da década de 50 e em Portugal, só a partir do final da década de 60 com especial ênfase na década de 70, com o plano de estudos de 76.

Esta mudança de paradigma é traduzida pela capacidade cada vez mais reconhecida aos enfermeiros em associar a concepção e a execução do trabalho quotidiano, através da explicitação da acção desenvolvida ainda com ênfase na standardização do trabalho, numa lógica muito próxima dos processos de racionalização técnica e / ou burocrática do trabalho.

De acordo com Kérouac et al (1994), cerca dos anos 60, a investigação interessava-se principalmente pela melhoria dos cuidados de enfermagem e pelo desenvolvimento de uma base de conhecimentos em ciências de enfermagem. Em Portugal, à época não era exactamente o que acontecia, visto a investigação em enfermagem ser inexistente.

Ao pretender observar-se como se opera a dominação cultural e como foi «criada a unidade», tanto a forma, como o conteúdo do currículo, assumem uma enorme importância. A forma como o currículo se organiza, os princípios através dos quais se elabora e avalia e, finalmente, o conhecimento em si, tudo isto se torna profundamente importante ao pretender perceber-se como se (re)produz o poder (Apple, 2001, p.64), o que no presente objecto de investigação pode assumir também um estatuto importante, na medida em que permita compreender as mudanças e a inovação em curso no modelo de formação em enfermagem, onde o foco organizador (da disciplina) e o foco de atenção (da prática) deixe de ser exclusivamente a doença, para passar a ser a pessoa com ou sem doença.

De acordo com Grácio (1998, p.13), importa compreender o “«Espaço de referência e concorrência escolar e profissional», sendo de ter em conta a existência de «duas componentes das transformações do ensino e da política de ensino – a institucional e a morfológica»”, que, no âmbito deste estudo, se ligam aos espaços de formação e à construção social do currículo em enfermagem.

Mas compreender a formação de enfermeiros passa também por mostrar como o sistema educativo engloba um conjunto de instituições, para além da Escola, igualmente preponderantes para a «produção» do conhecimento (cf. Dale, p.65).

As escolas não se encontram organizadas para ensinar unicamente o «conhecimento relacionado a quê, como e para quê » exigido pela sociedade, mas organizam-se de tal forma que, em última instância, apoiam a produção do conhecimento técnico/administrativo necessário para, por exemplo, expandir mercados, controlar a produção, o trabalho e as pessoas, envolver-se na produção de investigação básica e aplicada exigida pela sociedade. O conhecimento técnico/administrativo é passível de ser acumulado. Funciona como uma forma de capital cultural, que, tal como o capital

económico, tende a ser controlado e a servir os interesses das classes com mais poder na sociedade (cf. Ib.p.65).

Tal como salientam alguns dos «novos» sociólogos da educação, as escolas processam não só pessoas, mas também conhecimento. As escolas são assim vistas mais como espaços de (re)produção do que de imposição, e em que aos locais de trabalho é atribuído um estatuto de produção de formas repletas de contradições, através de processos baseados na contestação e onde a interprofissionalidade assume particular importância na formação em saúde.

A etnografia tem contribuído para clarificar esta questão, na medida em que permite identificar claramente um processo de cuidados considerado como espaço de formação dos enfermeiros na interdisciplinaridade e na interprofissionalidade (Amendoeira, 1999), Costa (2002) e (Amendoeira et al em 2003), pelo reconhecimento de um poder aos estudantes, baseado nas suas próprias formas culturais.

É muito improvável que a mudança organizacional, sem o apoio ou acompanhamento ao nível institucional, isto é, com significado para grupos sociais mais vastos, venha a ter efeito a longo prazo. O que se pode também inserir nas propostas de Boudon (1990), quanto às teorias de mudança social, numa perspectiva de factores exógenos e endógenos.

E qual o papel do Estado na conjuntura educativa no período em estudo?

O contributo de Grácio para esta compreensão situa-se a nível das componentes propostas “...componentes das transformações do ensino e da política de ensino, a institucional e a morfológica (...)” (p.13), sendo que a partir desta componente morfológica, é possível construir «Modelos» de desenvolvimento do sistema de ensino, essenciais para interpretar as políticas educativas e articulá-las aos outros factores de evolução do sistema de ensino e dos ensinamentos técnicos.

Parece existir uma conexão directa entre as esferas política e económica, associando - se-lhes a cultura, com um significativo grau de autonomia – o papel que a Escola desempenha como «aparelho de Estado», profundamente relacionado com os problemas centrais de acumulação e legitimação enfrentados pelo Estado e pelo modo de produção em geral, na elaboração e na reelaboração de ideologias hegemónicas através de aparelhos do Estado, como é o caso da Escola (cf. Apple, p.74).

Ainda e de acordo com o mesmo autor, a noção de hegemonia não é algo que flutua livremente. Na realidade, e antes de mais, encontra-se associada ao Estado. Isto é, a hegemonia não é um facto social já concluído, mas sim um processo em que os grupos e as classes dominantes «conseguem conquistar o consenso activo perante os que exercem o seu domínio». A educação deve ser percebida como parte do Estado, como um elemento importante na tentativa de criar um consenso activo (Ib. p.74).

O próprio Estado é também um local de conflito entre classes e segmentos de classes, entre grupos raciais e de género. Uma vez que, «é» o espaço de tal conflito, deve levar, por um lado, todos a pensarem de forma idêntica (tarefa, aliás, muito difícil, que

ultrapassa o seu próprio poder e que destruiria a sua legitimidade) e, por outro, gerar consenso entre a maioria dos grupos que se encontram em contenda. Desta forma, para manter a sua própria legitimidade, o Estado necessita de integrar, gradual e continuamente, muitos dos interesses dos grupos aliados e inclusive dos grupos que se lhes opõem (Cf., p.75).

Como é que o Estado consegue surgir como um conjunto de instituições neutras, actuando em prol do interesse geral? A estratégia hegemónica mais eficaz parece ser a de integrar as exigências democráticas populares e as económicas num programa que favoreça a intervenção do Estado no interesse da acumulação. A Escola é um espaço onde Estado, economia e cultura se encontram inter-relacionados e como muitas das reformas e inovações curriculares propostas «traduzem» essas mesmas interrelações (Ib. p.76).

Para uma construção social do currículo de forma integrada, e numa perspectiva disciplinar (aqui da disciplina de enfermagem), é fundamental questionar dois aspectos do currículo. O primeiro relaciona-se com o conteúdo em si. Que conteúdo é esse? Sendo igualmente importante: o que é que falta nesse conteúdo? O segundo aspecto é a forma. De que forma é construído o currículo, a cultura formal? O que se está a passar ao nível da própria organização do conhecimento?

A construção social do currículo em enfermagem, necessita ser estudada a partir de categorias que clarifiquem os contornos dessa mesma construção e de que se isolam: a tipologia dos saberes; os diferentes modelos / esquemas de formação; os participantes na construção curricular; e os níveis, os diplomas / graus atribuídos.

Este conjunto de categorias integram-se nas duas dimensões propostas por Apple²², o **conteúdo** e a **forma** (p.77).

Estas questões assumem importância acrescida na formação em enfermagem, na medida em que até ao final da década de 70, o modelo de formação foi claramente influenciado pela perspectiva da racionalidade técnica inerente à saúde, sob a dominação da medicina, que tem como objectivo principal a cura ou o controlo da doença, a recuperação e, quando não é possível, o alívio de sintomas e o retardamento da morte (Pearson e Vaughan, 1992). Os cuidados de enfermagem são, sobretudo, cuidados técnicos orientados e determinados pela doença (Collière, 1989), emergindo a preocupação com a aquisição de competências técnicas e de conhecimentos dos problemas físicos dos utentes, sob uma orientação Biomédica, suportada na evolução técnico científica que se observou no período em estudo.

²² “É fundamental questionar dois aspectos do currículo. O primeiro relaciona-se com o **conteúdo** em si. Que conteúdo é esse? Igualmente importante: o que é que «falta» nesse conteúdo? Deste modo, e de acordo com as palavras de Macherey, questionam-se os silêncios evidenciados num texto para descobrir quais os interesses ideológicos que se encontram em actividade. O segundo aspecto (...) é a **forma**. De que forma é construído o conteúdo, a cultura formal? O que é que se está a passar ao nível da própria organização do conhecimento?”

Na perspectiva do currículo inerente a este modelo de formação, o mundo industrial induz um conjunto de predisposições para que a legitimidade dos saberes se defina em torno de uma racionalidade cognitivo-instrumental que faz depender a consistência cognitiva dos saberes da sua pertinência tecnológica (Correia, 1998), sendo de relevar que a harmonia deste mundo, como realçam Boltansky e Thévenot (1991, p.126), “exprime-se na organização de um sistema, de uma estrutura onde cada ser tem a sua função num universo tecnicamente previsível”, razão pela qual a tecnicidade e a previsibilidade constituem os seus suportes. A cientificidade em educação será, neste contexto, profundamente gestonária, prescritiva e normativa.

As alterações que se têm operado na forma curricular têm um profundo impacto nos processos de trabalho dos professores e também nos enfermeiros. De acordo com Apple, transportam uma relação fundamentalmente transformada entre o trabalho, as destrezas, a consciência e os produtos de uma pessoa e o de outras pessoas.

A transição deste modelo de formação para um outro a partir da orientação para o cuidar curar ter-se-á iniciado com a reforma de 1976 e consubstanciado com a integração no Sistema Educativo Nacional e, mais concretamente, com a reforma de 1999. Mas clarifique-se um pouco o que de acordo com Watson (Cf., 2002, p.88), é a orientação para o cuidar-curar, na medida em que a autora considera interessante e estimulante, a escolha que é proposta fazer nesta encruzilhada da história, durante este tempo de **transição** entre mundos e tempo. O cuidar na enfermagem, como arquétipo, convida a um despertar da tradição à muito perdida. Esta orientação para o cuidar curar está enraizado em Nightingale e na teoria do cuidar, estruturando-se sobre um paradigma de enfermagem contemporâneo emergente. É simultaneamente teórico e está para além da teoria. Está localizado no discurso pós-moderno, mas também vai além deste, no sentido da reconstrução da margem dormente, que tem estado sempre inscrita na história da mulher. Serve agora como modelo para o todo. A transição do moderno para o pós-moderno é mais do que uma mudança subtil; é transformadora. Requer um novo par de óculos – umas lentes novas para ver tanto o velho como o novo fenómeno, de modos diferentes(cf. p.89). Para Abel Paiva (2003) a questão central reside na capacidade de se estabelecerem relações interpessoais, baseadas na valorização do saber da pessoa relativamente aos processos de vida e de transição, e que se constitui para além do conhecimento formal (aquele que se aprende sozinho, em livros,...) no conhecimento que permite ao enfermeiro usar em cada situação (e que só adquire pela relação no cuidado de enfermagem), como promotor do potencial de bem-estar da pessoa.

Dada a actual crise nas esferas económica, política e cultural, os elementos básicos utilizados na organização e controlo dos processos de trabalho na sociedade, entre eles, a separação entre o trabalho mental e o manual, o divórcio entre a concepção e a execução, a lógica da desqualificação e do controlo da força do trabalho estão, actualmente, a ser todos reconstituídos nas escolas, pelas formas mais complexas e

paradoxais. Em relação à transição antes referida, propõem-se cinco dimensões por analogia ao proposto por Sacristan (Ver quadro nº1), como bases para esta transição:

(1) Uma concepção de pessoa em torno das suas necessidades leva a disciplina de enfermagem a englobar outros conhecimentos que não sejam apenas os da patologia e da doença e a alterar a sua prática de cuidados de forma a cumprir os objectivos da mudança sob pena, de acordo com Hardy (1978), “Contudo (...) para medir o desempenho da enfermagem contra os avanços científicos da ciência médica com resultado negativo, vendo a enfermagem como disciplina de forma linear, não permite reconhecer a contribuição real da enfermagem para cuidar da saúde da sociedade”(cf. Shaw, p.1652).

Nesta perspectiva, a disciplina escolar (enquanto organizadora da formação / do ensino) deve assentar em valor e moeda no mercado da identidade social. Este mercado exige uma moeda - padrão, estável de tipificações sociais, “Além disso, este processo de aprendizagem leva à formação de um domínio de conhecimento e a identificação dos limites da enfermagem, que por sua vez se constituiu no paradigma de suporte à disciplina de enfermagem, tal qual a conhecemos hoje”(Ib. p.1652).

(2) O questionamento que interessa fazer alicerça-se na forma como ocorreu o processo de autonomização da disciplina de enfermagem, passando por assumir que “no desenvolvimento de conhecimentos, a teorização não está em progresso ordenado de pensamento, mas sim em processo de pensamento crítico pleno de dificuldade e ambiguidade”(Ib.).

(3) A compreensão das formas como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como usam esse mesmo conhecimento no quotidiano constituiu-se num desafio, na medida em que é cada vez maior a valorização dos processos de reflexão institucional, que permitem aos profissionais legitimar práticas sociais, que, a partir de uma base interactiva, vão para além do conhecimento interpessoal e das circunstâncias localmente definidas, porque dependem de um conhecimento especializado (porque é simultaneamente disciplinar-transversal/transdisciplinar).

(4) No século XX, o domínio das aplicações possíveis da ciência às actividades do quotidiano alargou-se enormemente e reforçaram-se as bases científicas dos processos de desenvolvimento tecnológico. Este reforço foi acompanhado por um processo riquíssimo de criação de novas disciplinas e de novas linguagens, que não nascem do vácuo (linguístico). Criam-se por meio de reorganizações, de uma tematização de (parte de) áreas existentes, pela formulação de questões cuja solução sai do quadro das linguagens existentes.

5) Esta é uma maneira de criar novas disciplinas – uma nova área disciplinar surge entre duas ou mais disciplinas e vai tentando «sobreviver», produzindo novos conhecimentos, novas linguagens, até se estabelecer, criando o seu regime de publicações de resultados e de divulgação, de associações, de teses de doutoramento, de livros de texto e eventualmente de licenciaturas ou de departamentos universitários (cf. Meleis, 1991 e

Sacristan, 1998). A interdisciplinaridade é, pois, tal como a especialização, um procedimento normal em ciência.

Esta postura permite fazer uma reflexão da emergência da área de saber em enfermagem, a partir das disciplinas originais (neste caso a medicina e as ciências sociais – essencialmente), fazer a mobilização dos problemas e linguagens próprias, a partir da reorganização, de novas temáticas, formulação de novas questões – mobilizando os resultados dos estudos de investigação.

Como organizador desta reflexão interessa questionar: (1) que património comum à enfermagem pode ser compreendido como instrumento do conhecimento legitimado na prática quotidiana dos enfermeiros? (2) Foram os enfermeiros que se «construíram» como grupo profissional ou foram «construídos» por outros, embora tendo procurado construir a sua autonomia? Estas duas questões produzem a importância da atenção teórico – metodológica às fronteiras do grupo em estudo, bem como aos critérios de pertença a esse mesmo grupo, que se clarificarão teoricamente no capítulo seguinte.

A importância do conhecimento técnico acresce pelo facto de, sendo produzido como uma forma de «capital», sendo encontrado e contestado no local de trabalho como uma forma de controlo, ele se introduzir no Estado e na Escola. É transformado até ser reintroduzido na escola, onde se reproduz e produz novamente. Isto pode ser entendido como algo semelhante a um processo circular. No entanto, quer no local de trabalho, quer na Escola, trabalhadores e estudantes medeiam, transformam e inclusive rejeitam parte desse conhecimento. A ênfase colocada na produção de conhecimento técnico permite constatar como as escolas ajudam na manutenção de uma determinada diferenciação que radica no centro da divisão social do trabalho – a diferença entre trabalho mental e trabalho manual.

Em relação à enfermagem, e no âmbito da questão (1) parece ser cada vez mais claro que o «significado» dos saberes (técnicos) transformados no e pelo trabalho, se constrói pela emergência da prática como campo de aplicação dos saberes explícitos, vocacionais e humanísticos. Mas o que se entende por prática?

De acordo com MacIntyre (1990) com o termo «prática» pretende-se significar qualquer actividade humana cooperativa, coerente e complexa e, socialmente estabelecida. Aqui interessa discutir esta questão, essencialmente pela relação que pode existir entre a componente académica e a componente profissional da disciplina de enfermagem pelo que é atribuído ao conceito de prática uma dimensão para além da prática dos cuidados. E, é neste sentido que a perspectiva paradigmática foi mobilizada.

De acordo com Meleis (1991), a disciplina de enfermagem tem efectuado um período de desenvolvimento com características próprias, que nem sempre têm sido constantes, no que concerne aos avanços como disciplina, de que se destaca:

“O desenvolvimento de uma teoria não está necessariamente baseado na investigação, nem esta leva necessariamente a uma teoria. Sempre existiram e continuam a existir áreas de acordo, a par de áreas de oposição e de incerteza, tanto no que concerne às metodologias como aos conceitos utilizados. Numa

disciplina que lida com o ser humano, uma única teoria a explicar, descrever e prever todos os fenómenos, é pouco credível. A enfermagem age num sistema aberto, influencia e é influenciada pela sociedade. Pode-se dizer que existe compromisso entre os velhos e os novos conceitos de enfermagem, sendo que na presença de mudança dá-se antes uma redefinição e não uma rejeição dos paradigmas anteriores. Estamos perante uma área do saber que é capaz de produzir debate de ideias e de produção de novos conceitos, a partir dos já existentes” (p.101).

Quando a divisão social do trabalho ocorre pela dicotomia entre o trabalho mental e o trabalho manual o currículo oculto diferenciado, pode ser constatado através do que se ensina aos estudantes das classes mais baixas (modelo profissional), nomeadamente a pontualidade, o asseio, o respeito pela autoridade e outros elementos relacionados com a formação de hábitos. Aos alunos das classes mais altas ensina-se uma mentalidade aberta, capacidade de resolução de problemas, flexibilidade, destrezas e predisposições que lhes permitirão funcionar como gerentes e profissionais (modelo académico) e não como trabalhadores não qualificados ou semi-qualificados. Apesar das causas socioeconómicas do currículo oculto diferenciado serem vistas como sendo profundamente complexas, o facto é que o papel fundamental da Escola é visto como sendo o da reprodução, de algum modo fiel, da divisão do trabalho (Apple, 2001).

Pelo que no âmbito da construção social do currículo, a disciplina como conhecimento e a fonte e o uso dos saberes, adquiriram uma grande importância.

A amplificação do campo dos saberes, foi possível graças ao estabelecimento de colégios especializados²³, onde foi possível cultivar os saberes e sobretudo novos saberes, pela constituição de novos domínios do conhecimento de que se destacam, pela sua intrínseca ligação dos saberes tácitos, as tecnologias, o direito, as belas artes e a moral. Estes saberes, juntamente com outros campos que surgem por explicitação simultânea ou sobreposta de duas ou mais categorias tácitas, articulam-se ao nível que se pode designar por *conhecimento explícito* (Cf., Caraça, 2001, p.30).

O nível explícito corresponde, por virtude da progressiva introdução de elementos mediadores da relação do homem com o seu mundo, a um segundo grau de complexidade dessa relação – o da intersubjectividade, onde se tecem e afirmam a identidade e a diversidade dos grupos. Os «saberes explícitos», na construção dos saberes em enfermagem, adquirem uma grande importância, na medida em que são mediadores da relação do homem com o seu mundo, adquirindo visibilidade a utilização de instrumentos que permitem a compreensão da condição humana, fornecendo um quadro geral de interpretação no contexto do qual as pessoas e as situações adquirem um significado concreto. A «tecnologia» é assim o domínio do conhecimento explícito. Num nível de estruturação e articulação dos conhecimentos, que corresponda a um grau superior de complexificação e a uma mais aprofundada especialização da relação do homem com o mundo, está-se perante o *conhecimento disciplinar*. E isto na perspectiva

²³ Em Portugal, comparável foi a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, como veremos

em que Donaldson e Crowley (1978) conceptualizam disciplina “ como uma única perspectiva, uma forma distinta de observar todo o fenómeno, que no final defina os limites e a natureza da sua investigação”(cf. Shaw, p.1651).

Os saberes de enfermagem que os enfermeiros usam na actualidade, têm evoluído de uma lógica de «menor autonomia técnica» onde o profissional técnico se encontra em ganho de estatuto académico, a partir de uma maior «academização do conhecimento profissional», evoluindo numa procura de legitimação dos saberes para uma «maior autonomia técnica», onde se começa a assumir como profissional – perito, em resultado de ganhos de estatuto académico e de oposição a processos de racionalização técnica ou burocrática do trabalho, essencialmente pela valorização da reflexividade na acção, onde a dimensão conhecimento de si, adquire uma ênfase maior, na medida em que privilegie a articulação da formação dos enfermeiros entre a «Escola» e o «processo de cuidados», onde a Escola assume um estatuto de espaço privilegiado para a promoção da reflexividade e de (re)construção dos saberes abstractos (o enfermeiro como trabalhador do conhecimento).

Mas, fazê-lo a partir de um processo de cuidados²⁴, onde em função das possibilidades objectivas que o enfermeiro interpreta em cada situação, toma decisões sob a forma de uma determinação autónoma e, não de uma consequência produzida por factores exteriores (saberes contextuais). Fala-se deste modo do sentido estratégico que o enfermeiro coloca na acção, procurando a legitimidade dessa mesma acção.

Nesta perspectiva o enfermeiro mobiliza o saber contextual, atribuindo-lhe um sentido relacional com valorização da pessoa como centro do processo de cuidados, o que permite a utilização de um «saber técnico» em função da situação particular em que esta surge. O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos doentes, distancia-se do trabalho standardizado (tarefa), podendo o processo de cuidados tornar-se num momento de ligação com uma pessoa, sujeito de cuidado e, um profissional que pretende assumir um cuidado de qualidade.

A aproximação aos contextos de cuidar, ocorre assim numa perspectiva dialéctica entre a formação e o trabalho, considerando estes, como locais de (re)produção através de processos baseados no confronto de saberes das diferentes áreas disciplinares, assumindo a transversalidade, particular importância na formação em saúde. É por esta razão que parecem existir semelhanças entre a educação e a enfermagem no que Correia refere: “(os saberes teóricos) estruturam-se em torno de uma racionalidade cognitiva e, através do exercício de funções de expertise por parte de alguns dos seus depositários²⁵, tendem a ser socialmente apropriados como fonte suplementar de legitimação dos

²⁴ Processo de interacção, onde o centro da acção é a Pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, que ela próprio executa e controla (Amendoeira, 1999, p.73)

²⁵ O que parece ser de equacionar em relação à enfermagem, quem são estes depositários – se os enfermeiros, se os professores de enfermagem, se ambos, aqui entendidos como elementos do referido grupo profissional e na lógica do questionamento proposto na página 35.

saberes tecnológicos quer através da sua participação directa na produção destes saberes quer através da sua intervenção na formação de «experts»”(p.136).

O debate sobre qual o local próprio para a produção do conhecimento científico/saberes teóricos mantém-se actual, essencialmente no nosso país, com o ensino superior estruturado em dois subsistemas.

Quanto à questão (2) (Cf., p.36 desta tese), actualmente ainda se considera que “os saberes teóricos (...) têm nas universidades a sua sede privilegiada e legítima de produção e na racionalidade cognitiva o suporte para a sua legitimação. A participação, cada vez mais frequente, de alguns dos seus depositários no exercício de funções de «expertise» e o papel cada vez mais activo que eles desempenham na formação dos especialistas particularmente formados para exercerem o controlo intermediário do sistema, contribuem para que eles sejam socialmente apropriados como fonte suplementar de legitimação dos saberes tecnológicos, colaborando assim na produção e reprodução da ilusão de que estes últimos seriam uma mera «aplicação» de saberes que os transcendem e que se estruturariam com a exclusiva preocupação de promover um conhecimento mais aprofundado da realidade”(p.136).

Este é um dos aspectos essenciais a considerar nesta tese, na medida em que é importante considerar o que se passa a este nível com a enfermagem e o desenvolvimento da disciplina através da investigação pura, que é pouco significativa, essencialmente pelo facto de ser ainda deficitária a possibilidade de realização de doutoramentos em número e reconhecimento, que permitam o referido desenvolvimento.

Esta situação coloca a enfermagem numa situação de encruzilhada de diferentes perspectivas paradigmáticas, que, sendo úteis à construção da ciência, são ainda de difícil reconhecimento, tanto interiores como no exterior à disciplina e à profissão.

Na perspectiva de Meleis (1991), a investigação em enfermagem, a partir da década de 50 (nos Estados Unidos), foi o suporte para a construção da ciência de enfermagem, a que associa a importância da divulgação levada a cabo pelo Nursing Research, periódico ainda hoje reconhecido no contexto da Ciência de Enfermagem.

O século XX trouxe consigo um desenvolvimento espantoso das disciplinas científicas; grandes avanços e extraordinárias descobertas se realizaram não só no domínio da física, como também noutros domínios. Nesta perspectiva, saber, fazer e saber-fazer, são ambíguas. Isto porque ciência, tecnologia e técnica são todas saberes, assim como as ciências sociais, humanidades, a estética, a ética, a moral (entre tantos outros). Isto faz com que não seja possível equiparar hoje em dia «saber» e «ciência», como fizeram os positivistas no século passado, ao pretenderem que o único modo de obtenção do conhecimento verdadeiro era o científico. Mas pode equiparar-se *ciência* a um conjunto de *saberes disciplinares* e o fazer esteja ligado à acção, onde a técnica e a tecnologia são domínios cognitivos que estão mais próximos da acção.

Nesta perspectiva, o «novo» significado (do saber teórico recontextualizado) «pertence» a quem o possui no seu «repositório cognitivo». E ninguém pode impedir que um dado indivíduo ou grupo na sua «posse» o resolva «aplicar», com vista a conceber um sistema ou um novo processo de produção que responda a um determinado objectivo considerado relevante do seu ponto de vista.

O processo de compreensão da difusão, do uso e da autonomização do conhecimento pelos enfermeiros tem ocorrido a partir do conceito de Cuidar, centrado no *como* da disciplina. Este conceito apresenta uma configuração ético-filosófica que manifesta valores e princípios de interpretação e acção que permitem vê-lo como um conteúdo central na emergência de um sentido estratégico e de um sentido interpretativo nos saberes profissionais dos enfermeiros. Watson considera que a enfermagem consiste na ciência e na filosofia do Cuidar e Roach afirma que a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de Cuidar. É através do cuidar que o enfermeiro pode captar, detectar e sentir as necessidades reais da pessoa.

A transição no que concerne ao modelo de cuidados ocorre à medida que se vai construindo o domínio de conhecimento em enfermagem.

De acordo com Shaw (1993, p.1652), “A literatura recente do cuidar, ilustra como os alunos de enfermagem continuam a questionar paradoxalmente os limites ainda que avancem as fronteiras da enfermagem. Watson (1988) desenvolveu o conceito de cuidar como a principal característica do seu modelo de enfermagem. Leininger (1981) descreve o cuidar como o domínio unificador do corpo de conhecimentos e prática da Enfermagem enquanto Swanson (1991) propõe para o cuidar, uma teoria do processo social, que se torna essencial, mas não único para a enfermagem .”

Cuidar pode ser definido como um processo entre seres humanos (neste caso enfermeiro e pessoa doente ou saudável), pressupondo um compromisso moral de protecção da dignidade humana e da preservação da própria humanidade. O cuidar só pode ser verdadeiramente demonstrado e praticado interpessoalmente.

Nesta medida, o cuidado de enfermagem é prestado a cada pessoa de modo personalizado e num contexto relacional sendo, por isso, necessário «recrutar» o saber perante cada pessoa e em função dela própria (Benner e Wrubel, 1989; Bishop e Scudder, 1991; Watson, 1985, 1988, Amendoeira, 1999). Daqui resulta uma riqueza de saberes das pessoas que estão na prestação de cuidados e que, pela interacção na diversidade das situações, permite conceptualizar saberes (abstractos) a partir de saberes construídos no decurso da vida pessoal e profissional, que vão condicionando o desempenho dos profissionais em contexto (saberes contextuais). Com a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional não significa que as dificuldades inerentes à formação dos enfermeiros, na perspectiva que as «novas» correntes pedagógicas e de cuidar preconizavam, fossem ultrapassadas, pois “A forma como se tem vindo a estruturar em Portugal os espaços de produção e distribuição das legitimidades dos saberes pedagógicos ilustra de uma forma particularmente explícita as

condicionantes que delimitam as trajetórias em torno das quais se define o destino social dos saberes científicos em educação num contexto fortemente tributário de uma abordagem tecnicista da qualidade. (...) Estes espaços de legitimação tendem a desagregar-se e a recompor-se num conjunto de espaços especializados na produção de saberes teóricos, saberes tecnológicos e saberes práticos que, embora se relacionem entre si, raramente se interpelam. Afirmando-se como saberes de mediação, os saberes tecnológicos desempenham um papel particularmente importante quer na definição da legitimidade científica dos saberes teóricos quer na definição da legitimidade instrumental dos saberes práticos”(Cf.,Correia, 1998, p.135).

É na utilização da dimensão «tecnológica» dos saberes que o enfermeiro mobiliza o saber contextual, atribuindo-lhe um sentido relacional com valorização da pessoa como centro do processo de cuidados, o que permite a utilização de um saber técnico em função da situação particular em que esta surge. Actualmente assiste-se à construção de um nível de estruturação e de articulação dos saberes, pela explicitação simultânea ou sobreposta de duas ou mais categorias tácitas, correspondentes a um maior grau de complexidade e a uma mais aprofundada especialização do saber, o que permite atingir o sentido interpretativo promotor da legitimidade essencial à capacidade para explicar os resultados da acção dos enfermeiros, quando são estes que intervêm no processo de cuidados. À semelhança do que se passa na formação em enfermagem, com estes saberes tecnológicos, também nas ciências da Educação “Ao serem veiculados fundamentalmente pelos «técnicos da educação», eles (os saberes tecnológicos) constroem-se por isso, numa zona de trânsito entre a esfera pública e a esfera privada de gestão da educação e são particularmente permeáveis quer à necessidade de traduzir o interesse privado no interesse público quer à necessidade de transmutar a racionalidade cognitiva dos saberes teóricos numa racionalidade instrumental que faz da necessidade da urgência a virtude da coerência cognitiva”(Cf., Correia, p.135).

A ciência aparece assim como um dispositivo cognitivo, retórico e comunitário de produção de estratégias de sobrevivência na relação do homem com a natureza.

Em relação à enfermagem, a noção é de que o desenvolvimento da disciplina se repercute na qualidade dos cuidados prestados às populações/comunidade, essencialmente quando os enfermeiros utilizam as orientações para o cuidar, no processo de cuidados, orientações que têm como princípios, a utilização/mobilização das energias, das capacidades, das potencialidades das pessoas, na sua recuperação, assumindo o enfermeiro um papel importante no sentido de mobilizar essas mesmas energias, esses recursos que a pessoa apresenta.

Inscribe-se esta argumentação, no referido por Shaw (p.1654) “A única síntese da arte de cuidar e o empirismo da ciência distinguem a enfermagem de outra qualquer profissão da saúde. Assim sendo, o desenvolvimento de capacidades perceptuais e conceptuais, providencia uma forma de manter um único foco de enfermagem. Contudo é mais característico da enfermagem, uma perspectiva filosófica transcendente que uma

metodologia específica ” e, reforçado a partir do reconhecimento da existência de quatro conceitos fundamentais à disciplina de enfermagem: a pessoa, o cuidar (cuidado de enfermagem), a saúde o ambiente (Fawcett, 1984; Flaskerud e Halloran, 1980).

Correia diz a propósito da legitimação dos saberes que, “O seu sistema de legitimação, particularmente complexo e precário, constrói-se numa gestão de compromissos onde a capacidade de traduzir as «linguagens», as lógicas e os interesses de cada um dos espaços de legitimação das «linguagens», nas lógicas e nos interesses dos restantes desempenha seguramente um papel importante. Sendo um saber de mediação, o saber tecnológico não se limita no entanto a mediar. Ele tende também a definir a estrutura dos termos cuja mediação assegura”(p.135).

Esta discussão assume especial interesse na medida em que a orientação para a racionalidade técnica ou modelo tecnicista como o designa Correia (1998, p.133),” faz parte de um discurso político sobre a educação, no que concerne à problemática da qualidade, quando faz da eficácia e da institucionalização de centros especializados de controlo e de avaliação os eixos centrais para a construção de um sistema educativo de qualidade”, bem como no que referem (Boltansky e Thévenot, 1991,p.254), ao construir uma ordem justificativa que repousa sobre a «eficácia dos seres, a sua «performance», a sua produtividade, a sua capacidade em assegurar uma função normal, para responder utilmente às necessidades», o mundo industrial induz um conjunto de predisposições para que a legitimidade dos saberes se defina em torno de uma racionalidade cognitivo-instrumental que faz depender a consistência cognitiva dos saberes da sua pertinência tecnológica. Quando “conceptualizada à imagem da acção industrial, a acção educativa para ser coerente carece de «uma visão correcta do espaço onde se inscreve(...) (que lhe permita) detectar, descobrir, identificar, pôr em evidência, medir, analisar e decompor os elementos pertinentes» (Boltansky e Thévenot, p.208), ou seja, carece de saberes positivos, práticos e funcionais, capazes, tanto de informar os centros políticos de decisão, como de (en)formar os profissionais no terreno, especialmente aqueles que estão especialmente vocacionados para assegurarem um controlo especializado da qualidade do sistema nos seus diferentes níveis de especialização(cf., Correia, 1998, p.133-134).

Em todos os aspectos dos cuidados, os enfermeiros colhem constantemente informação, identificam necessidades (Diagnóstico de Enfermagem) e determinam as intervenções apropriadas a implementar (Prescrição de Enfermagem) e depois de implementadas as intervenções de enfermagem, avaliam e comunicam o impacte sobre as necessidades inicialmente identificadas, através do Registo de Enfermagem. A disciplina de enfermagem passa essencialmente pela emergência da prática como campo de aplicação dos referidos saberes, que podem organizar-se em tecnológicos e humanísticos, “em sentido real, a prática aprende-se na prática, localizando-se no conhecimento prático, que é situacional e orientado para a acção, exigindo um processo de deliberação e de interpretação, essenciais do juízo e da acção, em situações práticas”(Costa, 1998, p.25).

Importa, no entanto, desenvolver uma base de raciocínio reflexivo, que permita o desenvolvimento de bases cognitivas para a prática de cuidados, a partir de uma concepção alargada de pensamento crítico em enfermagem, que inclua a técnica de resolução de problemas, raciocínio diagnóstico considerando pontos de vista opostos e uma atitude intelectualmente curiosa (Bandman e Bandman, 1995). Estes são os fundamentos para a emergência da componente profissional da disciplina.

É importante reconhecer que a disciplina emerge como resultado do pensamento crítico relacionado com objectivos significativos. Devido ao significado vital da perspectiva de enfermagem, a sua preocupação com a saúde humana e o bem estar e o seu crescimento através da investigação e do trabalho escolar, a enfermagem ganhará aceitação total no devido tempo.

Importa compreender o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, por analogia com outras áreas do saber, sendo que numa lógica mais específica, também a evolução operada na Educação assume aqui especial relevância.

A reestruturação dos espaços de produção dos saberes educativos, referida anteriormente, permite reflectir sobre a analogia que pode existir entre o que se passou com os professores e o que se passou com os enfermeiros, embora com ênfase na temática do capítulo seguinte (Nóvoa, 1987).

Na perspectiva de Correia (1998) “a reestruturação da produção dos saberes educativos, sendo também uma reestruturação dos poderes educativos, contribuiu decisivamente para que o grupo profissional dos professores enquanto «especialista» na produção de saberes práticos perdesse o controlo sobre a definição dos critérios que definem a legitimidade das suas práticas e para que esses critérios se passassem a pautar apenas pela «racionalidade da eficiência» em detrimento da «racionalidade crítica», característica de uma militância que os vinculava aos movimentos pedagógicos?”(p.136). A «racionalidade crítica» em educação construída na referência a estes movimentos pedagógicos e exercitada na troca entre pares foi progressivamente substituída por uma racionalidade instrumental referenciada aos saberes tecnológicos construídos por técnicos de educação cooptados em parte junto de militantes pedagógicos que intervinham na periferia do sistema, ou pelo resqúcio de uma racionalidade crítica cuja legitimidade já não se constrói na troca entre pares mas na sua relação com os sectores críticos que intervêm no ensino superior e universitário.

E na enfermagem, quem têm sido os pares para esta discussão? Têm sido os docentes com os enfermeiros da prática ou os docentes com os docentes, ou os enfermeiros da prática com os enfermeiros da prática?

Estas questões remetem uma vez mais para a questão da legitimidade dos espaços na produção de saberes teóricos, que, de acordo com Correia (p.136) têm nas universidades a sua sede privilegiada e legítima de produção e na racionalidade cognitiva o suporte para a sua legitimação. Interessa, portanto reflectir um pouco sobre a finalidade das disciplinas académicas, que é o saber e as suas teorias são descritivas quanto à natureza,

contrastando com as disciplinas profissionais tais como direito, medicina e enfermagem que estão dirigidas a finalidades práticas, gerando teorias tanto prescritivas como descritivas, sendo que tem sido esta vertente que tem justificado a integração do ensino de enfermagem no sub sistema Politécnico.

A relação entre a componente profissional e a componente académica, é de extrema importância, essencialmente porque a disciplina evoluiu numa perspectiva teórica, em que a teoria sobre os cuidados de enfermagem parece ter-se repercutido na disciplina académica, mas na prática, na prestação de cuidados, o seu efeito parece ser ainda pouco significativo. Nas disciplinas profissionais há a necessidade de “saber” e “trabalhar” a partir de teorias descritivas em conjunto com as prescritivas. Tal como Goltner citado em Goodson, refere “algum do trabalho é básico, naquilo que é aplicável à compreensão geral do comportamento humano ou de respostas à doença”.

Isto relaciona-se com o desenvolvimento de saberes e competências, sendo que alguns dos conhecimentos requeridos para construir estas competências, só podem emergir da disciplina de enfermagem.

Carper (1997) propõe quatro domínios do conhecimento: o empírico que necessita ser discutido a partir da existência de modelos conceptuais / teóricos, sugerindo uma perspectiva pré-paradigmática, onde a importância da discussão de conceitos, acontece em relação com o processo de vida humana. O estético, ainda não reconhecido como essencial ao planeamento e à execução dos cuidados, o que pode estar relacionado com o sistema de aprendizagem, que ainda associa a arte de enfermagem a um estilo de aprendizagem por imitação e a aquisição de conhecimentos por acumulação de experiências não reflexivas / não racionalizadas. O saber na componente “conhecimento pessoal” é o mais problemático e o mais difícil de ensinar, na medida em que aponta para a relação com outro ser humano e o confronto deste como pessoa, sugerindo uma relação, não apenas com os outros, mas também consigo próprio, domínios de conhecimento que se associam ao conceito de transição proposto por Meleis (1991) e que nesta tese é central.

Para as disciplinas académicas, o objectivo é saber, nomeadamente, se a investigação é básica ou aplicada (Cf., Donaldson, 1978, pp. 4-5). É nesta perspectiva que a investigação básica desenvolvida no âmbito da enfermagem remete essencialmente para as teorias descritivas, importantes à construção de um saber filosófico e conceptual abstracto. Interessa, no entanto, partir para a investigação de aplicabilidade de questões teóricas na prática, o que formula o questionamento do *como* se aplica na prática determinada teoria.

As teorias prescritivas, características das disciplinas profissionais lidam com a actual implementação do conhecimento num sentido prático. Tal como Jonhson citado em Donaldson, constatou “...o conhecimento profissional não consiste em teoria básica de ciência que foi validada na prática” (Jonhson, 1974, p.373). Neste aspecto, não é correcto olhar para as disciplinas profissionais simplesmente como ciências aplicadas.

No seio da disciplina profissional é necessário “saber“ e trabalhar desde as teorias descritivas às teorias prescritivas (Donaldson, p. 8).

Torna-se importante em qualquer nível de investigação, que a orientação paradigmática da própria disciplina influencie a perspectiva de investigação, assumindo-se desenhos de investigação que não sejam apenas “rascunhos“ metodológicos que reproduzem outros estudos, noutras áreas do conhecimento.

Os enfermeiros investigadores devem ajudar na utilização da informação de outras disciplinas, mas isto não deve eliminar a necessidade de desenvolver investigação básica em enfermagem, na perspectiva da enfermagem. Olhando os fenómenos da perspectiva da função saudável dos indivíduos em interacção com o ambiente, gerará investigação que se distingue em todos os níveis e definirá um corpo de conhecimentos estruturado (Donaldson, 1978; Meleis, 1991). É neste sentido que se sugere cada vez mais a valorização do sujeito de cuidados como personagem mais importante na construção do conhecimento em enfermagem (Nursing Client, na perspectiva de Meleis).

Interessa, nesta perspectiva, desenvolver investigação em enfermagem, onde os enfermeiros se assumam como investigadores, desmitificando um pouco a noção tradicional de que fazer investigação se centra mais no perfil do indivíduo, do que no rigor do desenho e metodologia de investigação.

Outro objectivo muito importante relaciona-se com a extensão em que cada disciplina está dependente do desenvolvimento de outras disciplinas (Ib. p.10).

A encruzilhada em que a ciência e as disciplinas se encontram no momento actual, suporta a importância de evitar que cada um conceba todo o conhecimento de qualidade científica, tendo como suporte essencial as disciplinas académicas. Não é só uma questão da disciplina académica ter este papel, mas também não se pense que a profissão se constitui como a base cognitiva das disciplinas profissionais. Isto significa que se defende antes uma visão paradigmática onde a “disciplina“ integra as componentes académica e profissional, na sua estrutura.

Reforça-se, no entanto, a necessidade de se considerar as disciplinas não como totalmente independentes, sendo essencial a transdisciplinaridade, “A qualidade das teorias e os desenhos de investigação e a validade das conclusões desenhadas no interior de uma disciplina são dependentes quanto à sua congruência com todo o conhecimento” (Donaldson, p. 10). A capacidade que as disciplinas tenham de assumir um determinado paradigma, será potencializadora do conhecimento de determinado fenómeno, como mais valia ao conhecimento humano, pelo questionamento que fará do mesmo.

Donaldson refere que “talvez o relacionamento mais óbvio das disciplinas esteja na sua associação com a prática” (p. 10). Cada disciplina existe em parte para providenciar conhecimento que será utilizado e isto tem associado um objectivo de aplicação na prática. A disciplina de enfermagem organiza-se numa perspectiva transdisciplinar, embora evolutivamente tenha integrado no seu questionamento da vida, das pessoas e

da saúde, uma abrangência de áreas de conhecimento, valorizando o que se pode designar por visão multiparadigmática (Engrebetson, 1997).

A interdependência entre a construção social do currículo e o processo de profissionalização, estuda-se nesta tese pela mobilização entre as características da primeira temática em articulação com a segunda, objecto do capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2 - OS GRUPOS PROFISSIONAIS. PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO

Se a orientação para a racionalidade técnica tem sido prevalente na organização da formação dos enfermeiros e no modelo de cuidados de saúde, interessa compreender a influência que a mesma orientação tem exercido na formação e desenvolvimento dos grupos profissionais da área da saúde.

Atendendo a que, no período em estudo, a influência do modelo organizacional dos hospitais tem sido predominantemente medicocêntrico, importa também compreender a influência que a organização do trabalho (dicotomia entre a concepção e a execução) tem no processo de profissionalização dos enfermeiros.

O processo de profissionalização constitui-se, assim, num domínio chave para a compreensão deste fenómeno, essencialmente quando se considera de forma articulada com o sistema de formação, o regulamento do exercício profissional e mais recentemente o reconhecimento da sociedade ao contributo deste grupo profissional para a Saúde dos portugueses, com a criação da Ordem dos Enfermeiros. Pelo que se pretende integrar a sociologia do currículo com a sociologia dos grupos profissionais, quanto à dinâmica social e profissional.

O ponto de partida é coincidente com a perspectiva da Sociologia das Profissões com origem nas correntes funcionalistas²⁶: distinção entre profissão e ocupação, centrada em dois eixos - o saber e o poder, perspectiva também mobilizada por Nóvoa (1987).

Ao falar do grupo profissional dos enfermeiros interessa mobilizar o facto de na tradição europeia (continental) o termo profissão poder ser equivalente a ofício e poder designar qualquer ocupação e, na tradição inglesa o «*Professional*» ser aplicado apenas aos trabalhadores que possuem um nível elevado de qualificação, o que na prática significa apenas a diplomados do ensino superior (Rodrigues, 1997), assumindo-se neste estudo o conceito de profissão na tradição inglesa e que de acordo com a classificação nacional das profissões, inclui a enfermagem nesta designação (Tabela em Nota I, p.6).

Em simultâneo opta-se pela integração entre as teorias funcionalistas e uma perspectiva interaccionista, que privilegia a análise dos processos de profissionalização, considerando como dimensões: (1) o processo de autonomização profissional e (2) a identidade socioprofissional, pelo que a orientação do estudo passa pela compreensão

²⁶ “A sociedade é um sistema de interdependências, que se encontram em equilíbrio ou em balanço. Ao longo dos tempos a sociedade evoluiu duma tipologia simples para uma tipologia complexa, com ênfase nas especializações. As partes da sociedade preenchem diferentes necessidades ou funções do sistema social. Existe um consenso básico nos valores ou no sistema de valores que mantém a sociedade unida.”

do fenómeno procurando um cruzamento entre os processos de profissionalização e a análise dos contextos de mudança social, deixando um pouco de lado a discussão sobre o que é ocupação, semi-profissão e profissão²⁷.

Como alguns dos eixos de mudança a mobilizar, consideram-se: a) a crescente especialização e divisão do trabalho; b) a inovação tecnológica; c) aumento dos níveis de qualificação de muitas ocupações e d) a emergência e desenvolvimento de novas actividades.

No campo da saúde, um dos primeiros grupos profissionais emergentes são os enfermeiros, razão que levou a estudar este grupo profissional, por considerar ter existido um processo de profissionalização típico, enquanto meio pelo qual o que era antes uma ocupação, procurou e adquiriu um número significativo de atributos de modelo profissional.

A investigação em enfermagem ou para a enfermagem, que se encontra disponível, parece demonstrar uma dimensão dinâmica do conceito de profissionalização em função do(s) contexto(s) em que ocorre, assumindo-se nas componentes académica e profissional, (Shaw, 1993) “Alguns autores acreditam que a teoria se desenvolve a partir da pesquisa baseada na própria clínica (Engstrom, 1984; Bramwel, 1975) enquanto outros evocam o advento da pura ciência sem relevância imediata para a prática (Donaldson e Crowley, 1978; Bohny, 1980)” (p.1651).

Soares (1997, p.107) refere-se ao movimento de profissionalização em Inglaterra datado a 1888, quando Ethel Fenwick²⁸ defendia que a enfermagem se tornasse uma profissão organizada e controlada pelas próprias enfermeiras e autónoma da autoridade exercida pelas administrações dos hospitais, posição também apoiada por alguns sectores médicos, mas com oposição dos hospitais, de algumas organizações médicas e de alguns enfermeiros, de onde se salientava a oposição da própria Florence Nightingale.

Witz (1992), introduz na análise do processo de profissionalização da enfermagem a questão do género, essencial para mediar o processo de autonomização e a identidade sócio-profissional salientando que o movimento antes referido desafiava as relações de poder, características entre hospitais e enfermeiras, mobilizando para além da relação inter-ocupacional entre a medicina e a enfermagem na divisão do trabalho, também a relação patriarcal de domínio do homem sobre a mulher, no sistema de saúde (e na sociedade).

A este propósito, Ashley (1978) cita opiniões dos que argumentavam que a enfermeira devia continuar a ser uma verdadeira auxiliar do médico, desempenhando essencialmente uma função técnica e moral, que se apoiava mais na valorização de uma certa «vocação», o que inibia de certa forma a procura de elevar o nível de formação e o

²⁷ Nóvoa (1987, p.23-50) “para a análise sócio-histórica da profissão de professor primário em Portugal, discute as teorias funcionalistas e simbolistas interaccionistas da sociologia das profissões, demonstrando que qualquer uma delas, isoladamente, é insuficiente para caracterizar qualquer actividade, mas que das duas se retiram contributos importantes para o estudo de um grupo profissional.”

²⁸ Enfermeira activamente ligada a organizações internacionais feministas

reconhecimento legal. A situação em Portugal, em relação a esta dimensão, é amplamente analisada em local próprio desta tese. A enfermeira surge essencialmente ligada aos cuidados desde as épocas mais remotas da evolução da disciplina e da profissão, evoluindo de uma imagem caracterizada pela gentileza, pela compreensão, pela atenção, numa fase em que era associada essencialmente aos cuidados de manutenção da vida. Com a evolução da tecnologia e a introdução de utensílios técnicos utilizados pelas enfermeiras, "...a personagem moral da enfermeira revestiu-se pouco a pouco de uma áurea técnica e foi assimilada ao utensílio técnico utilizado de forma dominante. Foi o que levou a que, durante vários decénios, chamassem às enfermeiras «as senhoras das picas»" (Cf. Collière, 2003, p.9).

Petit (1989) considera que o movimento de profissionalização da enfermagem emerge no virar do século e tem origem num novo corpo de saberes, baseado na ciência moderna em ruptura com a tradição oral empírica, associando-se à transição para a utilização das descobertas da ciência, no campo da medicina, contribuindo para a aceitação da ideia que uma boa formação científica é a melhor garantia de cuidados eficazes.

A evolução da medicina encorajou a enfermagem a desenvolver estratégias no sentido de se transformar numa força de trabalho altamente profissionalizada, mas ainda na sua dependência, pelo modelo de prestação de cuidados e simultaneamente de formação da racionalidade técnica (biomédico).

Torna-se essencial clarificar a postura teórica de que o processo de profissionalização da enfermagem ocorre num contexto mais vasto da mudança da condição feminina, não devendo ser submetida a sua compreensão exclusivamente à mutação ocorrida na medicina. Knibiehler (1984) refere a importância de conhecer quais as condições necessárias ao acesso das mulheres a uma profissão, sendo considerado que o «métier d'infirmière» é aceitável, mas pela sua condição subalterna, tem dificuldade em se impor como profissão (p.68).

No caso da enfermagem e de acordo com Amâncio (2002), verifica-se uma tentativa de investimento simbólico da dimensão central da prática profissional de cuidar, através da qualificação e formalização dos saberes desta profissão.

Fernandes (1996) a este propósito refere que nas mulheres (enfermeiras) se salienta mais a dimensão relacional, considerando que a orientação para o outro, adquire um sentido de missão, enquanto que os homens atribuem mais um carácter conceptual da profissão, associado e centrado nas concepções de saúde e de doença. O recurso a esta orientação para o outro terá, na perspectiva do autor, legitimado o acesso das mulheres a uma actividade que se situa numa ténue linha de fronteira entre o público e o privado.

Se em Portugal este processo (de profissionalização) é ainda recente e desconhecido, noutros países, nomeadamente em Inglaterra, desde meados do século XIX, começa a assistir-se a tentativas de profissionalização das ocupações ligadas à saúde,

nomeadamente através: do desenvolvimento de um conhecimento base; do aumento do controlo do seu próprio trabalho; da obtenção de registo / certificação²⁹.

O processo de profissionalização das ocupações ligadas à saúde, sugere as seguintes generalizações: existe uma variedade de situações históricas específicas; as características de uma profissão³⁰ não foram dadas previamente mas sim conquistadas pelos seus membros; o conhecimento desempenha um papel importante no processo de profissionalização das profissões da saúde; a profissionalização das profissões de saúde envolve uma mobilidade social ascendente dos seus membros; os poderes profissionais foram conquistados em negociação com os poderes já estabelecidos.

Outra das dimensões importantes nesta lógica, prende-se com o facto de os membros de qualquer grupo profissional³¹ estarem constantemente perante o dilema: por um lado, a necessidade de um controlo cada vez maior sobre a prática, tornando-a mais técnica, mais codificada, mas com isso facilitar a intervenção e o acesso de leigos; por outro lado, continuar a monopolizar o seu campo através de racionalizações ideológicas sobre a natureza do seu trabalho e das suas funções, afastando a possibilidade de intervenção de estranhos à profissão.

Estas são algumas das dimensões que se integram nas questões deste estudo, no sentido da caracterização do processo em Portugal, no período em que terá ocorrido maior desenvolvimento (de 1950 à actualidade).

Em relação ao primeiro eixo (crescente especialização e divisão do trabalho) os enfermeiros identificados como capazes de produzir importantes quantidades de conhecimento técnico / administrativo (nos processos de trabalho) foram sendo progressivamente colocados no lado mental da dicotomia, entre a concepção e a execução, onde ocorre a lógica da desqualificação e do controlo da força do trabalho, mas actualmente reconhece-se que é em função das possibilidades objectivas, que o enfermeiro interpreta em cada situação, que deve tomar a decisão sob a forma de uma determinação autónoma e não de uma consequência produzida por agentes ou factores exteriores. A discussão faz-se em torno das questões da dominação e da subordinação e da hegemonia do saber e poder médicos, procurando uma visão crítica que questione se o contexto social e cultural da pós-modernidade modifica de modo essencial a natureza da própria dominação. Torres e Morrow (1997) introduzem o conceito de fragmentação da dominação, relevando diversos processos de fragmentação “um descentramento e uma fragmentação do poder que coloca em questão as teorias da dominação e da

²⁹ Para Freidson, o Profissionalismo, consiste na adopção, por um grupo profissional, de um conjunto de atitudes relativas ao trabalho e à sua identidade profissional, que são características dos membros das profissões autónomas. O processo de certificação e de acreditação está em curso em Portugal, a partir da definição do perfil de competências pela Ordem dos Enfermeiros em 2003.

³⁰ Profissão de acordo com Willensky, é uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de actividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público de que os seus serviços são os únicos aceitáveis.

³¹ Para Dubar, Grupo Profissional é um conjunto esbatido (flou), segmentado, em constante evolução que reagrupa pessoas activas sob um mesmo nome dotado de uma visibilidade social e de uma legitimidade política suficientes, sobre um período significativo.

hegemonia; uma disjunção de interesses materiais e das expressões significativas na acção colectiva, o que resulta em que as exigências dos movimentos sociais passem das questões da distribuição para questões ético-culturais; a emergência da heterogeneidade, oposta à homogeneidade previamente característica do sistema; (...)” (p. 378) o que neste estudo se assume como importante, situando-o na transição entre o paradigma da modernidade e o paradigma pós-moderno.

Os indivíduos que não são vistos como contribuindo para a maximização da produção do conhecimento técnico/administrativo são considerados desajustados, podendo desta forma ser devidamente distribuídos ao longo dos vários níveis, uma vez mais com normas e valores apropriadamente diferenciados³². Por outro lado, produzem-se «peritos» que preenchem uma função ideológica importante. É nesta perspectiva que, e de acordo com os teóricos da distribuição afirmam que as escolas não existem para estimular uma ampla mobilidade social. Funcionam antes basicamente como dispositivos de classificação (Cf. Dale, 2001, p.91).

Nesta perspectiva, é de questionar se a proximidade ao ensino técnico não terá sido potenciada pela existência em maior número de auxiliares de enfermagem, tendo-se constituído este facto como constrangimento à integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do ensino superior, pois de acordo com Grácio a reforma de 1948 não altera as posições relativas dos dois ensinos – é a evolução do mercado de emprego que fornece os agora agentes técnicos, razão que poderia ter promovido a decisão política de formar mais auxiliares de enfermagem, em detrimento da formação de enfermeiros.

Em relação ao segundo eixo (Mudanças tecnológicas e diferenças de qualificação) o modelo de formação promoveu, durante um longo período, a preparação dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) na lógica da execução dos cuidados, na aprendizagem de normas e princípios específicos para operarem adequadamente na hierarquia do mercado de trabalho. Necessitavam adquirir hábitos que contribuíssem para o fluxo sereno e racional da produção, teriam de obedecer à autoridade de «perito», não necessitariam de ter qualquer tipo de compromisso colectivo, nem a menor espécie de concepção sobre determinada profissão, criatividade ou controlo.

De acordo com Grácio, analisando as profundas transformações sociais das décadas de 50 e 60, verificou-se: o aumento da mobilidade social e dos níveis de vida; difusão das aspirações sociais; aumento da procura de ensino; processos de integração social e necessidade de uma nova configuração da oferta de ensino e da estrutura do sistema de ensino, aspectos que se entendem como importantes para a compreensão do desenvolvimento do grupo profissional em estudo.

³²O caso dos Auxiliares de enfermagem e de toda a dinâmica em torno da sua promoção?

Faz sentido continuar a reflectir a questão da dupla³³ dicotomia entre os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, na perspectiva que tem vindo a ser desenvolvida, pois mesmo os trabalhadores com uma desqualificação muito relativa lutavam pelos salários e pelo controlo. Mais uma vez torna-se difícil separar os dois campos, mesmo no plano analítico, na medida em que existindo dois níveis de formação, era um só nível que prestava cuidados, os auxiliares, teoricamente sob a orientação de enfermeiros e de médicos.

O conceito de «profissional» constrói-se a partir da qualificação para a aquisição e desenvolvimento de competências, através do uso dos saberes pelos profissionais de enfermagem em situação.

A perspectiva teórica assumida é suportada em Freidson³⁴ (1992, p.4) “O uso do termo «profissão» na linguagem anglo-saxónica para especificar uma ocupação concretamente organizada num corpo de conhecimentos e capacidades, baseados numa disciplina em educação superior, parece ser cada vez mais útil para os analistas europeus”. E fazê-lo na medida em que tal como o autor citado, se considera terem sido factores concomitantes para o desenvolvimento do grupo profissional dos enfermeiros, o alargamento da oferta de formação em enfermagem, a partir do final dos anos 60, princípios de 70 e a expansão do Estado Providência, que no campo da saúde exigia cada vez mais trabalhadores «especializados», com competências desenvolvidas a partir de disciplinas onde a componente académica (intelectual) era desenvolvida ou na Universidade ou em Institutos Superiores, de que a Escola de Ensino e Administração pretendeu ser um embrião, mas só concretizado no final da década de 80.

E em relação aos saberes na perspectiva do eixo da qualificação da formação, como promotora da identidade profissional?

Quanto ao conteúdo do currículo, durante um largo período que decorreu até à invenção de linguagens satisfatórias de comunicação entre os humanos, os saberes (resultantes) adquiridos na luta pela sobrevivência foram-se estruturando e articulando ao nível do que se pode designar por *conhecimento tácito*, corresponde ao grau de complexidade mais básico na relação do homem com o grupo social.

O aparecimento da linguagem permitiu a transmissão eficaz, oral, de experiências, de avisos e de saberes, proporcionando uma nova e potente maneira de pensar, tendo o efeito de um poderoso amplificador do campo do conhecimento humano. Este efeito amplificador tornou possível que «corporações» profissionais dedicadas à preservação e transmissão dos saberes, se tenham progressivamente diferenciado e estabelecido, adquirindo um estatuto social reconhecido.

A associação entre o conteúdo curricular e a génese da enfermagem como grupo sócio-profissional expressa-se também pela ocorrência de forma associada, à expansão dos

³³ Dizemos dupla dicotomia, visto que esta existia em primeira linha entre os médicos e os profissionais de enfermagem.

³⁴ Freidson, Eliot (1992) Why Art cannot be a profession, mhtml:file://A:\Why Art Cannot be a Profession, 1992. mht

hospitais que adquirem maior importância no cenário da saúde, com o desenvolvimento da tecnologia e da medicina científica. É neste cenário que as tarefas técnicas delegadas pelos médicos aos enfermeiros, passam a conferir ao trabalho destes o carácter tecnicista, que caracterizava a prestação directa de cuidados aos doentes, em associação com as tarefas tradicionalmente inscritas na esfera doméstica dos cuidados.

De acordo com Lopes (2001), esta dimensão técnica confere a especificidade ao trabalho de enfermagem sob a designação de *cuidados de enfermagem*, colocando-se a questão de saber quando as tarefas desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem adquiriram de facto este estatuto.

A identidade sócio-profissional como dimensão do processo de profissionalização, passa pela valorização da singularidade na análise das situações - problema na área da saúde só possível a partir da capacidade que os enfermeiros desenvolveram em mobilizar os conhecimentos teóricos na acção quotidiana, faz com que no aprofundamento do conhecimento sobre o conceito de cuidar, na dimensão relacional dos saberes, leve a estabelecer diferenças entre o conceito de cuidados de enfermagem (na lógica da racionalidade técnica) para o conceito de *cuidado de enfermagem* (na lógica da orientação para o cuidar curar). Assiste-se, nesta perspectiva, a uma valorização do conceito de transição na clarificação do domínio de conhecimento em enfermagem, emergente das novas necessidades no campo da saúde, provenientes de diversas e profundas mutações (Abreu, 2001) e só possível de desenvolver por profissionais formados à luz de um novo paradigma (pós – moderno), constituindo-se a formação como pólo dinamizador da mudança.

Grácio refere como importante “...a alteração da estrutura do mercado de emprego, correlativo da aceleração da industrialização e do crescimento económico. O novo contexto fornece igualmente uma definição do valor social dos indivíduos assente não numa suposta essência, ligada à detenção de um título escolar, mas nas suas capacidades reiteradamente demonstradas – distinção das relações entre engenheiros e agentes técnicos de engenharia, com alguns ganhos simbólicos destes últimos”. Coloca-se a questão de compreender – Que relação existe com a evolução dos auxiliares de enfermagem, no que concerne aos ganhos que com os mesmos ocorreram (ou não) para o processo de profissionalização?³⁵

Canário (1997) aponta a existência de três tendências principais na atribuição da importância à formação, na produção e desenvolvimento de identidades: 1- desenvolvimento da oferta da formação contínua dos profissionais de saúde (Em relação aos enfermeiros a partir da criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem em 1967); 2 - enriquecimento, diversificação e complexificação dos enquadramentos profissionais na área da saúde, embora continuando a manter-se a referencialização ao ideal tipo da profissão médica, apesar do reconhecimento de uma

³⁵ Atender a que desde o final da década de 60, se iniciou a mobilização para a existência de um único nível de formação

nova constelação de poderes (bem como uma constelação de saberes, de acordo com Caraça³⁶) e 3 - a partir da "...articulação entre a formação (nomeadamente a formação inicial) e os processos em curso de construção, reconstrução ou afirmação identitária dos grupos profissionais não médicos, o que se tem vindo a consubstanciar na emergência de um importante subsistema do ensino superior politécnico, com funções importantes nos domínios da formação inicial e contínua, da investigação e da intervenção em comunidades locais"(p.120).

No capítulo anterior foi abordada a mudança de uma enfermagem essencialmente delegada, para uma nova enfermagem, alterando-se as definições, onde a formação evolui em paralelo com o estatuto sócio-profissional, o que sistematiza a questão da identidade sócio-profissional no âmbito desta discussão. Abreu (2001) estudou aprofundadamente esta questão, através da análise da produção investigativa dos enfermeiros, concretizada no decurso da obtenção de graus académicos, sendo nesta perspectiva uma referência nesta matéria, no que concerne à Enfermagem.

Assume-se, neste estudo uma postura teórica de suporte ao conceito de identidade, a partir de uma dinâmica abrangente, partindo-se de uma reintegração da noção de dialéctica sujeito / sociedade, em que não basta pertencer a um determinado grupo para se adquirir uma certa identidade, mas em que a trajectória e o percurso de vida do indivíduo, são dimensões que permitem moldar a sua identidade e isto numa perspectiva de desenvolvimento estratégico (Dubar e Crozier, citados em Abreu, 2001).

Uma teoria sociológica do sujeito supõe a análise do conhecimento como processo social, aí onde justamente o indivíduo não perde a sua singularidade mas encontra nela, pelo contrário, as modalidades específicas da sua construção como indivíduo singular, no que são os fundamentos sociais desta categoria do pensamento em que «singularidade» é sem dúvida o Outro generalizado pela excelência dos tempos modernos (Houle, p.315).

Abreu (2001, pp. 57-58)³⁷ realça no entanto, algumas convergências e ideias que importa referenciar:

“(1) A identidade profissional possui um carácter provisório, sendo permanentemente interpelada pelas instâncias materiais e simbólicas inerentes ao contexto de trabalho, entidade onde o actor (enfermeiro) e o grupo formam um só sistema; (2) As realidades profissionais e a problematização das práticas referenciam-se sempre a um determinado contexto (construído social e ideológico onde o colectivo se sobrepõe ao individual); (3) A experiência social constitui-se como dinâmica fundamental do processo de socialização profissional. A heterogeneidade dos princípios constitutivos de trabalho não põe em causa o investimento na percepção de um sentido para as práticas profissionais; (4) As

³⁶ Caraça, João (2001). O que é a ciência, p.125

³⁷ Abreu, Wilson Correia de (2001). Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros, Lisboa, Educa-Formasus

opções e a construção profissional não são determinadas por princípios funcionalistas. Os comportamentos dos enfermeiros relacionam-se com a organização social de forma estratégica e devem se compreendidos como comportamentos estratégicos; (5) Os enfermeiros são alvo de um fluxo permanente de mensagens, por vezes contraditórias, que apesar de não se lhes reconhecer um objectivo formativo deliberado, contribuem decisivamente para a transformação das práticas sociais; (6) A formação e o trabalho articulam-se de forma contingente.”

CAPÍTULO 3 DO PROBLEMA INICIAL, À CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Como investigador, os estudos de investigação desenvolvidos numa problemática que tem como centro de acção a prática de enfermagem e formas de teorizar sobre essa mesma prática, reflecte sobre o que os enfermeiros fazem, e também sobre o que fazem os professores de enfermagem, relacionando-se o campo da saúde e o da educação.

Enquanto observador participante e investigador em simultâneo, o olhar tem ocorrido para o mesmo objecto de investigação, embora de ângulos diferentes e em torno duma linha de investigação – os enfermeiros aprendem a enfermagem na relação entre a teoria e a prática da prestação de cuidados.

A construção desta problemática de investigação tem acontecido numa perspectiva teórico – metodológica, onde acontece a interdisciplinaridade entre a enfermagem (como objecto de análise) e a sociologia (tanto da educação como das profissões e das organizações).

A decisão pelas metodologias de investigação utilizadas tem decorrido da importância atribuída ao autoconhecimento e ao conhecimento mútuo, mobilizado numa perspectiva de investigação e análise compreensiva da situação em estudo, valorizando como objecto de estudo o processo de cuidados como organizador da formação dos enfermeiros, onde os sujeitos dos estudos foram os professores (1995), os enfermeiros, médicos e outros profissionais ou não (1999) e os estudantes (1999) (Nota I, pp. 7-14).

Procura-se neste estudo a construção de uma problemática que se estruture em torno de três domínios - **os espaços de formação** (O Estado; as escolas / rede de escolas e as organizações de saúde / hospitais); **os currícula** (O Estado e as reformas curriculares, de 1952; 1965; 1976; 1987; 1990 e 1999), onde se enfatiza a análise do percurso da disciplina de enfermagem, nas componentes académica e profissional, considerando as dificuldades experienciadas por outros autores e outras áreas disciplinares em definirem os parâmetros de uma disciplina. Focaliza-se a discussão na enfermagem, analisando o conteúdo substantivo da disciplina, enquanto organizadora do modelo de formação em enfermagem (Oldnall, Andrew S., JAN, 1995, 21 p.605); **os actores** (o Estado, os professores, os enfermeiros e os estudantes) e o *financiamento* (Financiamento; provimento e controlo, relacionado com as diferentes dimensões das autonomias legalmente atribuídas) constituindo-se este como variável transversal aos domínios em estudo.

O ensino de enfermagem, enquanto objecto de estudo em construção de forma integrada na dialéctica entre a construção social do currículo e o processo de profissionalização dos enfermeiros, conduziu à colocação de seis questões:

- *Que factores e processos sociais caracterizam a evolução de um estatuto de dependência das «Escolas para enfermeiros», para a autonomia das Escolas de Enfermagem?*
- *Qual o estatuto atribuído ao conhecimento (de enfermagem) numa lógica de evolução técnico profissional na prática dos cuidados, para uma orientação técnico intelectual no ensino de enfermagem?*
- *Como evoluiu o estatuto do conhecimento de enfermagem na construção social do currículo de formação dos Enfermeiros?*
- *A reforma curricular no ensino de enfermagem ocorrida em 1952, deu início à concepção e construção da disciplina de enfermagem?*
- *Podemos falar da evolução para um modelo de formação em enfermagem, organizado a partir do modelo médico (da racionalidade técnica), com vista à construção de conhecimento para produzir um modelo (de competências) de cuidar curar?*
- *Como mobilizar a dialéctica entre a formação e o trabalho no desenvolvimento do conhecimento disciplinar, no contexto actual da formação em enfermagem?*

Este questionamento é suportado nas teorias sociológicas clássicas para a educação, na medida em que influenciam o pensamento actual, através das principais correntes teóricas “Funcionalismo; teoria do conflito; Sociologia interpretativa e teoria crítica “(cf. Saha e Zubrzycki, 1997, p. 11). O período em estudo é proposto como organizador da compreensão das seis questões colocadas – a segunda metade do século XX, fundamentado em Caraça (2001, p.121) “É interessante verificar que cada época cria os seus modelos e organiza os saberes de acordo com o contexto societal que lhes serve de suporte”.

Vive-se na enfermagem portuguesa, ainda muito na dependência de estudos e resultados de investigadores estrangeiros acerca da evolução da enfermagem enquanto disciplina e enquanto profissão, sendo estes, na maioria dos casos, emergentes de estudos sociológicos desenvolvidos por enfermeiros. Esta tendência está a mudar, existindo já estudos nacionais que contribuem para este conhecimento.

Importa assumir que a identificação e o conhecimento efectivo dos mesmos, se constituiu numa fase importante deste estudo, desenvolvido pela identificação e referenciação, conseguidas através do contacto com algumas bibliotecas universitárias, bem como pela solicitação aos Directores e Presidentes de Conselhos Directivos das Escolas de Enfermagem, e ainda a consulta dos livros entretanto publicados (Ver nota II, pp. 14-23, sobre Teses de Mestrado e Doutoramento identificadas embora não de forma exaustiva).

O objecto constrói-se na dinâmica entre um dispositivo de formação (orientado pelo modelo da racionalidade técnica) e um modelo de formação (orientado para a

competência profissional), onde se identificam «momentos» de tradição, inovação, experiência e competência, numa mediação entre a Sociologia da Educação e a Sociologia dos Grupos Profissionais.

Mas “A transformação do objecto que se quer apreender cognitivamente e a transformação dos próprios sujeitos que se envolvem neste processo cognitivo não é um subproduto da acção cognitiva, mas é constitutiva da compreensão como modalidade de acesso aos factos nas ciências hermenêuticas e de construção de saberes que já não são positivos, mas críticos (Correia, 1998, p.100).

Para além da descrição, procura-se a explicação, evitando

“...dissolver o objecto das ciências sociais na descrição, mas procurando reconhecer que deve apoiar-se nela. Quer se trate do sócio-estrutural, quer do sócio-simbólico, o objecto definido é relativo à configuração de dados que são um saber, um conhecimento, onde este objecto está construído empiricamente. (...) As propriedades deste saber exigem nada menos que a sua descrição na própria ordem do que são estes dados. Este saber contém em si o objecto empírico a investigar, portanto, determina qualquer explicação, visto que esta não é outra coisa senão a construção teórica das propriedades deste objecto extraído desta forma primária do saber, do ponto de vista de uma segunda forma, o saber sociológico”(Houle, p.314)

No percurso desenvolvido, decorreu a reformulação das questões de partida, adquirindo aqui o estatuto de questões de investigação.

1. Como ocorreu a evolução das Escolas para Enfermeiros às Escolas de Enfermagem, na construção das autonomias?
2. Como evoluiu a construção e desenvolvimento curricular em enfermagem?
3. Como ocorreu a emergência do grupo profissional dos enfermeiros?
4. De que forma o género e a ausência de um campo de saberes próprios influenciaram a construção social da profissão e disciplina de enfermagem?

CAPÍTULO 3.1 A HIPÓTESE DE TRABALHO

O conhecimento em Enfermagem vem da tradição oral (empírica), passando pela utilização do «conhecimento emprestado» (ausência de reconhecimento de cientificidade), e chega à necessidade de se(r) (re)conhecer numa perspectiva ontológica, tendente a uma epistemologia do conhecimento em enfermagem. O Estudo

das componentes académica e profissional da disciplina ocorre pela identificação dos factores e processos sociais que se têm constituído como constrangimentos à epistemologia do conhecimento: Dominação pelo Estado e Médicos; Integração no Sistema Educativo Nacional, apenas na última década; O currículo único; Inadequação entre a componente académica e a profissional no contexto de prestação de cuidados, profissão essencialmente no feminino.

Esta perspectiva conduz ao estudo da relação dialéctica entre a formação e o trabalho, pela compreensão do processo de profissionalização (dos enfermeiros), através da Sociologia dos Grupos Profissionais, de forma compreensiva com o processo de formação (dos enfermeiros), mobilizando a Sociologia do Currículo.

Adopta-se uma perspectiva teórica, (Meleis, 1991 e Torres, 1997) que transcenda a teoria enquanto análise substantiva ou concreta de um determinado aspecto da realidade social. Lida com questões relativas à filosofia das ciências sociais (epistemologia, ontologia, ética,...) e à metodologia (estratégias de obtenção de dados que suportem as proposições teóricas). Uma das características mais marcantes é que só raramente o material empírico constitui base suficiente para a opção entre diferentes perspectivas teóricas substantivas. A explicação deste fenómeno reside no que se designa pelo carácter teórico dos factos. Os **Factos** não são dados brutos, são construídos e procurados na base das perspectivas teóricas diferenciadas que fornecem uma justificação para o significado ou para a potencial existência de certos tipos de factos.

Uma teoria da reprodução educativa pressupõe quer uma teoria específica da sociedade quer um paradigma de teoria sociológica.

Segue-se uma orientação de modelo heurístico, na medida em que fornece um quadro de noções, uma perspectiva que permite uma percepção ordenada do mundo empírico e serve como esquema de orientação para a construção de teoria e investigações posteriores (Ver esquema de análise, p. 77). E isto na dimensão Objectivo – Subjectivo, na dualidade entre ambos, referindo-se a distinção Ontológica prévia entre as duas diferentes formas de ser, a primeira com um sentido de conhecimento empírico-analítico, atribuível a modelos de sistemas educativos relativamente fechados, objectivistas entre a ordem social (Dispositivo de Formação); a segunda num sentido de conhecimento Histórico-Hermenêutico, próximo dos modelos de sistemas relativamente abertos. São mais importantes que as estruturas determinantes. Na interdisciplinaridade anteriormente assumida, o cruzamento desta lógica em *continuum*, com a compreensão do *continuum* entre a sociologia dos grupos profissionais e a sociologia do currículo, é conseguida pela mobilização teórica, que assenta no facto de que o conhecimento científico não pode ser reduzido a um único modelo científico-natural (ex. a física) nem a um único modelo lógico (a explicação dedutiva), porque o ser humano tem muitas necessidades de diferentes tipos de conhecimento humano. Considera ainda um interesse humano num conhecimento crítico e emancipatório, que questione as tradições culturais existentes enquanto relações de dominação camufladas, a ultrapassar pela

transformação da consciência. Em termos epistemológicos (o subjectivo) da acção humana, é mais importante que as estruturas determinantes, defendendo-se que a natureza humana cria resistências e eventual ultrapassagem das relações objectivas constrangedoras. Atribui-se importância aos processos de integração social e à emergência de movimentos sociais que transformem as realidades existentes. Esta posição dá origem a uma perspectiva metodológica mais particularista e interpretativa, orientada para os estudos de caso e análises de carácter histórico.

Então que pressupostos teóricos?

As teorias estruturalistas neomarxistas, assim como as teorias funcionalistas sociológicas, apresentam modelos de reprodução e auto-regulação relativamente fechados (orientação biomédica – dispositivo de formação), o que lhes confere um carácter estático e determinista e uma orientação para processos de integração no sistema.

Os tipos de investigação relacionados com a «Nova Sociologia da Educação», com as teorias da resistência, a teoria crítica e as teorias neoweberianas da sociedade, tendem a apresentar modelos relativamente abertos e preocupados com a inter-relação entre integração no sistema e integração social. Constata-se a existência de uma polarização teórica de base que divide as teorias da reprodução educativa orientadas para a transformação: de um lado os modelos estruturalistas relativamente estáticos e fechados; do outro, os modelos mais abertos, que dão particular relevo à dialéctica entre acção e estrutura (orientação para o cuidar curar).

Os sistemas mais abertos centram-se preferencialmente no modo através do qual a estrutura dos sistemas educativos reflecte o resultado de lutas colectivas plurais, mais do que os imperativos do funcionamento social ou inclusive a capacidade da classe.

A Hipótese de Trabalho alicerçada na problemática, é:

A **construção do modelo de formação em enfermagem*** ocorre pela **dialéctica entre a formação e a profissão ****, suportando a actual **concepção e organização do ensino de enfermagem*****.

* Utilizando-se para a análise o Modelo de Transicionalidade, na medida em que quanto ao **conteúdo** estará cada vez mais próximo da pessoa sujeito de cuidados, que se encontra continuamente em transição entre situações de saúde e situações de doença, desenvolvimentistas e situacionais; quanto à **forma**, numa dinâmica de **transição** entre a orientação para a racionalidade técnica e a orientação para o cuidar curar.

** Dialéctica num espaço e num tempo onde a reflexividade se foi constituindo como dimensão inerente à execução baseada na concepção, apelando à sincronia e proximidade entre os saberes teóricos e os saberes práticos.

*** Concepção e organização do ensino, da exclusiva responsabilidade do grupo profissional dos enfermeiros, na interdependência entre a formação e a profissão.

CAPÍTULO 3.2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO - O TRABALHO EMPÍRICO

O ensino de enfermagem encontra-se numa fase de desenvolvimento, onde se entrecruzam as esferas da acção do Estado e as práticas formativas, cada vez mais da responsabilidade das Escolas Superiores de Enfermagem em interdependência com a sociedade que se espera, seja cada vez mais interveniente neste processo.

Nesta medida, impõe-se a compreensão da estrutura e dos processos de formação em enfermagem, relacionando as transformações da sociedade com as da profissão, também naquelas que são as expectativas quanto à função social da profissão.

A metodologia ocupa uma ordem superior na compreensão dos princípios gerais que guiam a investigação. Do nível metodológico passa-se ao estratégico. Neste decidem-se as técnicas concretas para a consecução dos objectivos de estudo, em consonância com a ênfase que se pretende dar à investigação.

O objecto de estudo é: O(s) Modelos de Formação em enfermagem na segunda metade do século XX. A concepção e a utilização do conhecimento em enfermagem.

A investigação insere-se na tendência actual da Sociologia da Educação – Sociologia do Currículo, porque satisfaz as pretensões de clarificação da disciplina de enfermagem na lógica assumida na Hipótese de Trabalho.

De acordo com André Petitat e Nóvoa, o discurso sócio-histórico é muito mais útil que a sociologia da reprodução e que a história factual, razão pela qual se optou por um estudo histórico-sociológico, onde importa valorizar a biografia profissional de informantes chave perfeitamente referenciados na área do ensino de enfermagem, recorrendo para tal à realização de entrevistas em profundidade, de características etnobiográficas.

Por outro lado, e considerando que a essência da investigação é fazer avançar uma disciplina delineando teorias e práticas, avaliando-as ou modificando-as segundo as necessidades, constituindo-se por isso, numa das etapas primordiais da exploração de um assunto, fazer um inventário de tudo o que há disponível sobre uma temática³⁸. E fazê-lo numa perspectiva inter-, pluri- ou mesmo transdisciplinar³⁹.

No que concerne às características sócio-históricas do estudo, releva-se o referido por Ashley (1978), quando “ explicou o papel crucial da investigação histórica no ensino da enfermagem, definindo a história como «o estudo da actividade criativa no comportamento humano que fornece a uma pessoa a coragem para criar e responder ao que é novo sem medo de perder a sua identidade no todo da humanidade» (p.28), também para “(...) Lynaugh (1996) a história torna-se «a nossa fonte de

³⁸ Boisvert, Danielle. A investigação documental e o acesso à informação. In: Gauthier, Benoît (org.) (2003). Investigação social. Da problemática À colheita de dados, Loures, Lusociência

³⁹ Houle, Gilles. A história de vida ou a narrativa da prática, In: Gauthier, Benoît (org.) (2003). Investigação social. Da problemática À colheita de dados, Loures, Lusociência

identidade...ajuda-nos a obter identidade e significado pessoal no nosso mundo, melhora a nossa compreensão e o nosso planeamento e valida a nossa crítica social»”(p.1).

Ao escolher o método histórico, procurou-se fazer emergir mais do que a curiosidade sobre o passado. Formula-se a tese de uma relação entre as ideias, os acontecimentos, as instituições ou as pessoas no passado. Ordenar cronologicamente os eventos ao longo do tempo não explica o estabelecimento de relações e de ligações. Estabelecer explicações entre antecedentes históricos exige questionamento, raciocínio e interpretação.

Como investigador, neste contexto, procurou-se “ser um analista de narrativas que estuda «menos a conduta dos actores que a sua auto-análise» com o intuito de fazer perceber de que «forma e com que forças as condutas de produção da sociedade estão também presentes noutras condutas que podem ser analisadas ou apercebidas noutros níveis da vida social» (Touraine, p.207) com o intuito de «extrair uma significação de uma prática complexa e fazer reconhecer que esta significação é portadora de sentido para outros aspectos da acção” (p.97).

Quando se estuda o passado, enquanto investigador histórico podem utilizar-se várias fontes, como cartas privadas, diários pessoais, livros, revistas, diários profissionais e jornais, a finalidade de tal estudo não é predizer, mas compreender o passado a fim de explicar relações presentes e futuras, “a partir de documentos históricos, os historiógrafos obtêm explicação das experiências vividas passadas que podem adaptar para produzir novas ideias (Barzun e Craff, 1985)”.

Uma das preocupações metodológicas situou-se ao nível do pressuposto de que “ Os investigadores históricos devem estar prontos para «viver permanentemente com ambiguidades conceptuais, evidências que faltam e pontos de vista que estão em conflito uns com os outros” (Lynaugh & Reverby, 1987, p.4).

Segue-se a orientação de Tholfsen (1997) “Os investigadores devem estudar cada período dentro do contexto da sua era para evitar julgar ou interpretar o passado sem respeito pelas mudanças que ocorreram ao longo do tempo. (...) A diferença encontrada em cada era deve «ser compreendida nos seus próprios termos»” (p.248), procurando desta forma evitar o que o mesmo autor classifica dos riscos de uma postura de *disposição – presente*, enquanto perspectiva contemporânea quando se analisam dados colhidos de um período anterior. Tal análise de dados é estigmatizada como não sendo histórica e leva a conclusões incorrectas quando as ideias e as experiências vividas das pessoas no passado são comparadas com os acontecimentos do presente.

Estudar cada período no seu contexto, permitiu evitar o julgamento ou interpretação do passado sem respeitar as mudanças que ocorreram ao longo do tempo, procurando compreender as diferenças encontradas, nos próprios termos que as caracterizavam, procurando desta forma “...pela consciência social de uma mutação ou mutações que se pretendiam analisar, a fim de verificar as hipóteses formuladas...”(Houle, p.307).

A história da enfermagem em Portugal está por escrever, e apesar de não existirem pretensões de o fazer por não se possuir formação em história, por esta metodologia poder contribuir para o conhecimento da realidade na medida em que os enfermeiros e a história fazem uma boa combinação, “Os enfermeiros vêm de passados ricos e diversificados, possuindo muitos contactos para melhor compreenderem e explicarem o comportamento humano. Como os historiadores, os enfermeiros embora noutra dimensão identificam e interpretam padrões de comportamento humano que ocorrem ao longo do tempo”(Streubert e Carpenter, p. 222). Não existe nenhum quadro teórico para o estudo da História: “Apesar de não existir nenhum «conjunto metodológico...existe algum consenso metodológico” (Ib., p.223) .

A conjugação entre duas perspectivas que contribuem para o desenho deste estudo em particular, passa pela inclusão na metodologia da perspectiva da *História Social* em que se explora um período particular e se tenta compreender os valores e crenças prevalentes no exame de acontecimentos quotidianos desse período. Podendo utilizar dados quantitativos para descrever as experiências de vida «de homens e mulheres vulgares», mas também a *História Intelectual*, na qual, «o pensamento é o acontecimento em análise», conduzindo a diversas abordagens. Os historiadores podem explorar as ideias de um indivíduo considerado um pensador intelectual de um período; podem estudar as ideias de uma enfermeira “ (Ib.,p.224), “ou explorar as ideias ao longo do tempo, tais como as de líderes de enfermagem que influenciaram e desenvolveram o ensino de enfermagem” (Ib.,p.225), que é o que acontece neste estudo.

O interesse de um investigador e os pressentimentos sobre o assunto orientam o estudo e movimentam o investigador para um campo de disciplinas particulares. Os investigadores baseiam as suas ideias na informação que obtiveram do passado. Os padrões que emergem inicialmente nos factos e na construção de conhecimento ajudam à formação criativa de uma tese.

Para cumprir esta etapa importante, a colheita dos dados, “procurou-se obter informação do período a ser estudado e identificar conhecimento do clima social, cultural, económico e político que prevaleceu e como estes factores influenciaram o assunto” (Ib., p.226).

A revisão da literatura ajudou a formular questões, delinear um espaço de tempo para o estudo e decidir sobre o enquadramento teórico.

Apoiados em Bertaux (1997, p.11), desenvolveu-se uma metodologia que permitisse passar do particular ao geral, identificando, no campo de investigação observado, formas sociais, relações sociais, mecanismos sociais, lógicas de acção, lógicas sociais, processos recorrentes, que seriam susceptíveis de estar igualmente presentes numa diversidade de contextos similares, designando esta tensão pela investigação, de etnosociologia⁴⁰. E a orientação foi «olhar» para a diversidade que caracteriza o mundo social em que se inscreve a actividade profissional dos enfermeiros.

⁴⁰ Bertaux, Daniel (1997). *Récits de vie*. Paris, Nathan Université

O recurso às histórias de vida assumiu aqui uma eficácia particular, na medida em que esta forma de colher dados empíricos, se relaciona com a formação de trajectórias, permitindo compreender por que mecanismos e processos os sujeitos se encontram numa dada situação e de que forma eles se esforçam para gerir esta situação. (Bertaux, 1997, p.15), que na perspectiva do estudo de caso “...apresenta as pessoas como indivíduos complexos, oferecendo ao investigador modelos também sugestivos de análise⁴¹” (Stake, 1995, p.97).

Por tudo isto, assume-se o método histórico como enquadrador da metodologia das histórias de vida e sócio histórica, tendo utilizado como técnicas respectivamente a entrevista etnobiográfica e a análise documental.

Associa-se⁴² à sociologia da acção de Alain Touraine que também se afirma como uma alternativa à sociologia dos «grandes acontecimentos históricos» no reconhecimento de que é “concentrando a atenção nos próprios actores, apreendidos nas suas condições de existência concreta, que se pode abordar melhor os mecanismos através dos quais (...) podem ser apreendidas as condutas de produção conflitual da sociedade”(citado em Correia, p.96).

Tipo de Estudo

A estratégia situa-se na lógica do estudo de caso único, com características qualitativas, que contribui de forma única para o conhecimento dos fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos (Yin, 1984, p.14).

Esta é uma investigação baseada no estudo em profundidade de um caso particular, numa perspectiva intensiva, que se integra numa linha de investigação desenvolvida desde 1993, a partir do interesse em compreender os fenómenos sociais complexos, isto é, procurando compreender as características de acontecimentos quotidianos, numa perspectiva holística e significativa para o conhecimento (Ib. p.14)⁴³.

O estudo de caso reúne informação tão numerosa e tão detalhada quanto possível com vista a apreender a totalidade de uma situação. Por isso recorre a técnicas de colheita de informação diversificadas (observação, entrevistas, documentos) e, aliás, frequentemente refinadas: “observação participante, (...) pesquisa de tipo etnográfico” (Cf., De Bruyne et al, 1991, pp. 224-225).

Nesta perspectiva, de acordo com os autores citados, o estudo de caso, na sua particularidade, só pode aspirar à cientificidade integrada num processo de pesquisa mais global onde o papel da teoria não é deformada, onde a crítica epistemológica dos problemas e dos conceitos não é negligenciada. Geralmente, o caso singular coloca problemas, sugere conjecturas, refuta-as, ilustra uma teoria, mas não a pode gerar.

⁴¹ Stake, Robert E. (1995). The art of case study research, London, Sage Publications

⁴² Correia, José Alberto (1998). Para uma teoria crítica da educação.

⁴³ Yin, K. Robert (1984). Case study research. Design and methods. London, Sage Publications

Esta postura reforça a importância desta investigação, no sentido do estudo do particular permitir a compreensão do global que neste caso continua a ser a clarificação da importância da disciplina de enfermagem, na concepção e organização do modelo de formação em enfermagem.

Ocorre a conotação dos estudos de caso a uma metodologia essencialmente indutiva, sendo que nesta concepção de pesquisa, existe pelo menos um postulado teórico subjacente, nada pode ser enunciado sem investigação prévia” (Ib., p.226).

Para uma definição mais «técnica» assume-se o estudo de caso como “...um estudo empírico que: investiga um fenómeno contemporâneo no seu próprio contexto real, quando a fronteira entre os fenómenos e o contexto não é ainda uma evidência clara e no qual se usam múltiplas fontes de evidência” (Yin, p.23).

Os estudos de caso rigorosos não devem limitar-se a uma descrição, por mais documentada que seja, mas apoiar-se em conceitos e hipóteses; devem ser guiados por um esquema teórico que serve de princípio director para a colheita de dados; assim eles evitam «o erro do concreto mal colocado» para melhor assegurar a pertinência e a intervenção dos dados que eles reúnem (Cf. De Bruyne, p.227).

Yin (1984) sugere a existência de fontes de evidência, que permitiram no caso particular, alicerçar o trabalho empírico no método biográfico e no método sócio-histórico, “...documentação, registos em arquivo, entrevistas, observação directa, observação participante,...”. No método biográfico, pela importância atribuída ao registo oral da vivência (por actores privilegiados) dos principais factos sociais ocorridos num determinado período em análise, sempre suportado pela abordagem histórica desses factos, numa perspectiva de os compreender sociologicamente. Isto porque, os informantes seleccionados providenciam ao investigador *insights* em determinados assuntos, bem como podem sugerir outras fontes que corroborem as evidências. Na perspectiva sócio-histórica, o uso de documentos é importante para corroborar e aumentar as evidências de outras fontes, como por exemplo “...ajudam na verificação das designações correctas dos títulos e designações presentes noutras fontes de informação”(Ib.p.80).

Tal como Grácio (Cf., 1998, p. 12), não foi propósito desenvolver um estudo de acordo com uma estrutura «contextualizadora» na dimensão temporal, em que o estudo do passado servisse para o estudo do presente, o que teria remetido (de acordo com a tradição sociológica) para uma vista panorâmica pelo passado e uma sondagem intensiva do presente. Ambos, passado e presente, têm o mesmo estatuto epistemológico como organizador de um objecto de estudo, incluindo o seu próprio âmbito e estrutura temporais, que é valorizado pelo estudo dos acontecimentos mais marcantes.

Acesso às fontes

Os informantes chave

Suportando a decisão na relação entre o objecto e o tipo de estudo definiu-se como objectivo:

Caracterizar a evolução do modelo⁴⁴ de formação em enfermagem, com início na reforma de 1952, até à reforma de 1999.

Ao reflectir sobre os informantes chave a seleccionar colocaram-se de imediato as questões – Quem ? Quantos ?

Poirier (Cf.,1995, p.14) refere que a escola da história oral tem (também) a preocupação de dar conta da vida de dirigentes sociais, constituindo uma das categorias de testemunhos mobilizados para a maioria das histórias de vida.

Por outro lado e pretendendo-se compreender o objecto de estudo, enquanto conjunto de factos sociais cujas características únicas podem emergir daquilo que o mesmo autor designa por especialização do tema , isto é, em que a história de vida não cobre toda a existência do inquirido, mas concentra-se num tema particular, pelo que se deve inquirir um número de informantes importantes num sector ou domínio, embora esta estratégia possa levar a uma visão parcial dos factos.

A intenção de investigar passava pela mobilização da sociologia da acção na compreensão de como os actores (individuais e em pequenos grupos) permitiam captar os factos na sua essencialidade, pois “tal como a análise institucional também a sociologia da acção se propõe «estudar os actores históricos e, em particular, os actores de classe e os seus movimentos sociais através dos pequenos grupos” (Touraine, 1984, pp., 202-203) investindo-os, assim, do estatuto de campo de observação e intervenção privilegiado. O pequeno grupo é, com efeito, para Touraine, um espaço quase experimental onde o peso das situações quotidianas é reduzido ao máximo possível para que «o actor possa exprimir o mais intensamente possível a sua contestação (...), os seus objectivos e a consciência que ele tem dos conflitos em que ele está envolvido» (Ib., p.202).

Valoriza-se ainda o facto de nas pesquisas actuais utilizando esta estratégia, existir uma preocupação principal que é a de conservar documentos ameaçados de desaparecimento e registar a escuta de testemunhas importantes, num pressuposto que no plano geral da história das ideias, tem a preocupação de se aproximar cada vez mais do real concreto, preocupação que se tornou parte integrante deste estudo.

Mas como decidir quem interrogar?

As biografias apoiam-se, muitas vezes, na noção de informante privilegiado.

⁴⁴ Cf Enciclopédia Eunadi, vol 21, p.268 - A concepção de modelo, que utilizamos neste estudo, baseia-se no que pode designar-se por modelo de cientificidade pelo papel que desempenham nas transferências teóricas entre disciplinas. Ib. p. 269 – o modelo designa uma estrutura cujo conteúdo pode ser visto como o estudo de uma linguagem formal.

O interesse das biografias dependeu, pois, no que respeita à escolha dos seus autores, não somente da sua aptidão para fornecerem uma relação fiel e detalhada de sua vida (isto é, da sua memória), mas também das próprias características dessa vida: as personalidades *charneira*, são aquelas cuja posição social e circunstâncias de vida dotaram de relações numerosas e diversas, nos diferentes sectores da sociedade, sendo por isso as mais interessantes (Poirier, 1995).

Na perspectiva teórico metodológica que enforma este estudo, ao descentrar o estudo da acção histórica dos mega-inquéritos extensivos e dos grandes quadros teóricos de referência, a centralidade ocorreu «no estudo intensivo de grupos (...)», sendo graças à sua intervenção activa que o “actor social pode passar de um nível a outro da realidade social e já não construir apenas condutas de respostas e adaptação, mas condutas de projecto e de conflito”(Touraine, citado em Correia, p.96), atitudes que a serem identificadas ilustrarão o carácter de transicionalidade do próprio grupo profissional no seu processo de profissionalização.

O estatuto dos informantes a seleccionar, advém neste caso, não da sua interioridade, mas sim sobre o que lhes é exterior: os contextos sociais nos quais adquiriram um conhecimento prático, pela experiência (Bertaux, 1997).

Assim, e para seleccionar o que se designou por núcleo central dos informantes chave, definiram-se os seguintes critérios:

1. ter vivenciado a formação em enfermagem desde a reforma de 1952;
2. ter participado na definição de linhas de orientação à concepção / organização da formação (do ensino), a nível de departamentos centrais do Estado (Saúde e Educação);
3. ter pertencido ou pertença a organizações profissionais, sindicais ou não (Ordem dos enfermeiros e Sindicatos de Enfermagem);
4. ter sido professor de enfermagem em escola central e/ou qualquer outra escola da rede pública criada na década de 70;
5. ter desenvolvido a acção de prestação ou gestão de cuidados de enfermagem;
6. exercer ou tenha exercido cargos directivos ao nível das escolas de enfermagem;
7. exercer ou tenha exercido funções no âmbito da representação das escolas superiores de enfermagem no Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos.

Analizados que foram os critérios, não por exclusividade entre eles, mas sim de forma inclusiva, foi encontrado o seguinte grupo de informantes chave:

Informantes Chave	Crítérios
A	1; 2; 3; 4; 5; 6
B	1; 2; 3; 4; 5
C	1; 2; 3; 4; 5
D	1; 3; 4; 5; 6
E	1; 3; 4; 5; 6; 7

Em virtude deste grupo de informantes chave ter sido seleccionado com base no auto-conhecimento da realidade e verificando-se um “empate técnico” entre dois dos informantes, os critérios e o resultado foram submetidos a três juízes conhecedores da problemática, decidindo-se da inclusão dos elementos B e C, pois distinguem-se pelo facto de terem desenvolvido investigação a nível de mestrado, no domínio em estudo, embora com objectos de estudo diferentes⁴⁵.

Sobre o processo de identificação, referenciação e acesso aos documentos, explicitar-se-à no âmbito das técnicas utilizadas.

Técnicas de colheita de dados

A colheita de dados ocorreu ao longo de todo o trabalho empírico, num vai e vem permanente entre a pesquisa e a análise de dados que se foi produzindo, por forma a melhorar a qualidade da informação a recolher, mas também a identificar a saturação da mesma, entendida como a repetição da informação descoberta e a confirmação dos dados previamente colhidos (Morse, 1994)⁴⁶.

O uso de múltiplas fontes de evidência é apontado como um dos três princípios para colher dados, que permitem desenvolver linhas convergentes na investigação, tornando muito mais convincente e exacta qualquer conclusão, proveniente de diferentes fontes de informação, seguindo um método de corroboração (Yin, p.91).

Identificar Fontes

Neste movimento, procuraram-se não só as fontes primárias (através das entrevistas realizadas, bem como com a consulta de documentos essenciais à compreensão do problema), como também as fontes secundárias ou relatos em segunda mão de um acontecimento, tais como histórias ou jornais sobre o assunto específico em estudo, embora em relação a este não de forma exaustiva.

Baseados na revisão da literatura, foram formuladas questões sobre acontecimentos que influenciaram o assunto escolhido. Começando com: Como, Quem, O quê, de modo a ilustrar as ideias, os acontecimentos, as instituições e os indivíduos que existiram, no período que se pretendia estudar.

Atendeu-se ao facto de que as fontes primárias fornecem relatos em primeira mão da experiência de uma pessoa, de uma instituição ou de um acontecimento mas pode não ser análise crítica, (...) as fontes primárias como cartas pessoais ou diários podem contar as interpretações do autor sobre um acontecimento ou boato, pelo que como

⁴⁵ Evolução do ensino de enfermagem no período entre 1880 e 1950 e A formação especializada em enfermagem

⁴⁶ cf. Streubert, Helen J. e Carpenter, Dona R.(2002). Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista, Loures, Lusociência (p.26)

investigador se procurou analisar e interpretar o significado das fontes primárias. (Cf. , Streubert e Carpenter, p.231)

Ao contrário das fontes primárias que são escritas por pessoas directamente envolvidas num acontecimento, as fontes secundárias são materiais que citam opiniões e apresentam interpretações. Relatos e artigos de jornais e manuais do período estudado são fontes secundárias que nos colocaram dentro do contexto do período.

Confirmar a genuinidade e autenticidade das fontes

Em virtude do estudo ocorrer num período muito rico em mudanças sociais, acompanhadas por mudanças no objecto de estudo, existiu em todo o trabalho empírico uma preocupação em identificar as fontes genuínas, suportados em “(...) Barzun e Graff (1985) que explicaram que os historiadores são responsáveis por verificarem os documentos a fim de assegurarem que são genuínos – (...) um documento não é forjado; e autênticos, (...) os documentos fornecem a verdade relatada sobre um assunto” (Ib., p.231).

A genuinidade dos documentos que possibilitaram a análise posterior, foi assegurada no estudo, pelo cruzamento de dois critérios de extrema importância – serem na sua maioria documentos que integram o arquivo do Ministério da Saúde e arquivos individuais dos informantes chave deste estudo, em que simultaneamente três deles desenvolveram a sua acção num Serviço Central onde o referido arquivo se encontrava organizado⁴⁷, bem como dois destes três informantes terem formação em história, e em que o apoio disponibilizado, contribuiu para a selecção adequada dos documentos a analisar.

No entanto, e neste tipo de estudo, assume-se como investigador, a responsabilidade pela autenticidade final de um documento. Uma leitura cuidadosa do mesmo, um exame do tipo de papel e das condições do material e um conhecimento profundo do período ajudaram a verificar a autenticidade de cada documento.

A validade da investigação histórica assenta em medidas de crítica externa e interna. A crítica externa dos dados é relativa à autenticidade ou verdade dos conteúdos. Kerlinger (1986) explicou que o criticismo interno procura o verdadeiro significado e o valor do conteúdo das fontes de dados. Os investigadores devem perguntar: o conteúdo reflecte rigorosamente o período em que indica que foi escrito? Os factos entram em conflito com datas de Hospitais, significados de palavras e regras sociais?(Cf. Ib., p. 232)

Neste sentido caracterizou-se cada um dos documentos, quanto a facto de serem em papel timbrado ou não, bem como ser oficial ou não (Nota I, pp. 23-25).

⁴⁷ Após o trabalho desenvolvido no âmbito desta tese, foi estabelecido um protocolo entre a Ordem dos Enfermeiros e o Departamento de Recursos Humanos e Modernização da Saúde, para tratamento dos documentos arquivados.

Por outro lado e não menos importante “(...) a crítica externa “ em última instância...leva à análise de conteúdo ou à crítica interna e é indispensável quando se procura a evidência” (Matejski, 1986,p.189).

Esta perspectiva insere-se no designado método biográfico⁴⁸, “Assistimos ao ressurgimento pelo interesse nas abordagens interpretativas para o estudo da cultura, biografia e da vida em grupo“ (p.282). Nesta perspectiva, o presente estudo foi lido e anotado pelos cinco informantes chave, por forma a garantir uma crítica externa ao mesmo, bem como inseri-lo na metodologia histórica (individual pelas biografias e institucional pelos documentos), em que aos mesmos foi dada a possibilidade de validar os factos sociais seleccionados para análise e que produziram a tese que agora se apresenta.

Esta metodologia procura constituir séries homogêneas de materiais, permitindo um estudo diacrónico num período longo, mais do que apelar a materiais heterogêneos, com vista à análise em profundidade dum facto ou dum acontecimento histórico⁴⁹. Pelo que a decisão pelos relatos de vida biográficos paralelos, de acordo com Muñós (1992) e que se explicitarão aquando da análise dos dados.

As questões éticas

Um estudo que mobiliza uma tão grande diversidade de fontes, humanas e documentais, potencia o rigor atribuído às regras éticas em investigação, pelo que no que concerne às entrevistas etnobiográficas, foi solicitada autorização para gravar (em áudio) o conteúdo das conversas e posteriormente utilizar as entrevistas após devolução ao entrevistado para validação do texto e posterior autorização para utilizar como corpus de análise.

No que concerne à identificação e consulta de documentos no arquivo do Departamento dos Recursos Humanos e da Modernização da Saúde, foi solicitada autorização por Carta ao Senhor Director Geral (Nota II, pp.26-27) para consulta e:

Fotocópias de alguns documentos genéricos; Gravação em áudio de excertos de documentos por forma a não comprometer as fontes (Nota III, p.27).

Este cuidado deriva de uma “Uma preocupação ética relativa à utilização de papeis privados de uma instituição ou de um indivíduo e o direito à privacidade versus o direito ao conhecimento.(...) os investigadores devem ter uma ideia clara da informação que necessitam dos dados” (Cf. Streubert e Carpenter, p.235), procurando seleccionar e registar apenas o essencial. Relewa-se que “A confidencialidade da fonte material tem-se tornado cada vez mais um aspecto ético para os historiadores, à medida que se tem

⁴⁸Denzin, N.K. (1997). Biographical Research methods. In: Saha, B. (org) (1997). International enciclopedia of sociology of education.

⁴⁹ NÓVOA, António (1987). Le temps des professeurs. Analyse socio-historique de la profession enseignante au Portugal (XVIII^e – XX^e siècle).Lisboa, Instituto Nacional de Investigação Científica, 2 vol.p.9

colocado maior ênfase nas vidas de pessoas comuns assumindo que os académicos são os responsáveis últimos pelo uso apropriado dos dados” (Ib. p.235), pelo que foi esta a orientação seguida.

As entrevistas etnobiográficas

Ao reflectir sobre o objectivo deste estudo e não sendo de facto a história de vida no formato clássico da mesma, assumiu-se a concepção proposta por Poirier (1995, p. 38), quando se refere à orientação etnobiográfica: (onde) a história de vida é considerada não como um produto acabado, mas como uma matéria – prima sobre a qual e a partir da qual, se tem de trabalhar.

A opção pelo uso de uma metodologia baseada em contradições (Poirier, pp.13-15), decidindo pela utilização da biografia indirecta, mobilizando a familiaridade como forma de acesso e a entrevista como técnica de recolha de dados.

Procurou-se a especialização do tema, diferenciando-se no mesmo, os domínios que permitem chegar ao fenómeno, assumindo a ênfase nos três domínios – Espaços, Currículos e Actores.

As entrevistas caracterizaram-se pela semidirectividade, em que aos informantes chave foi possibilitada a liberdade da palavra, mediada por um guia (Nota IV, p. 28) que permitiu a homogeneidade na perspectiva das histórias de vida paralelas.

A opção pela ênfase nos dirigentes sociais deveu-se ao facto de se pretender desenvolver uma diligência puramente científica e não um comportamento social e político.

Ao procurar fazer uma reprodução integral, utilizou-se o inquérito etnológico, respeitando o real, registando-o antes de o interpretar, na medida em que se quer conhecer a realidade concreta deste objecto, para o poder registar e interpretar, sistematizando dados dispersos.

Considera-se de grande importância a crítica aos documentos, feita pelos próprios no sentido de aumentar a fiabilidade dos documentos produzidos, fazendo com que sejam os próprios a verificá-los e em que a interpretação fosse posteriormente validada.

Por outro lado, é assumido um outro pressuposto (Cf., Ib. p. 50) no que se refere à orientação da narração, de forma a suscitar um trabalho particular de memorização, com a produção de uma etnobiografia, que constitui uma fatia de vida sob a forma de autobiografia indirecta. Dir-se-ia partilhada, como ilustrado no capítulo 4.

Neste formato foi utilizado um gravador de fita magnética. Existiu um narrador e um narratário que estabeleceram uma relação biográfica. Como narratário, assumiu-se uma lógica de presente/ausente.

Esta decisão levou à clarificação entre psicobiografia (centrado na pessoa inquirida) e etnobiografia (focalização num acontecimento) (Cf., Ib. p. 50). A decisão passou assim,

pela utilização da técnica da entrevista com a finalidade de recolher o saber específico de que o narrador é portador (Cf., Ib. p.51).

O narratário não se constitui como um simples escriba, mas sim na maiêutica: narrador e narratário, desenvolvendo uma relação dialéctica. O entrevistador (narratário) manteve a preocupação, por um lado, de recensear todas as informações em profundidade e, por outro, de restituir a própria singularidade do discurso. É importante a convicção de que o documento é produzido pelo entrevistado, mas com a interrogação por parte do entrevistador. Partiu-se da convicção de que “não se conta a vida a um gravador. Muito menos a um manequim”, pelo que se agiu perante os informantes como estudiosos do tema, identificando as coisas que não se conhecem e, sobretudo que a sociedade não sabe.

A etnobiografia necessita ser confirmada por diversos procedimentos clássicos, mas no decurso da sua própria elaboração devem ter-se em conta as dimensões da sociabilidade: o narrador não é um sujeito isolado, faz parte de vários grupos, de uma sociedade e de uma cultura precisas (Cf., Ib. p. 38).

Nesta perspectiva a entrevista guiada ou “centrada” teve por fim explorar uma parte da vida do narrador, foi focalizada⁵⁰ em situações vividas, em acontecimentos. O investigador usou um guia de inquérito previamente estabelecido, procurando evitar a directividade no interior do guião, tendo este uma função de enquadramento (não deixar o narrador sair do campo de investigação) e uma função de precisão (pedir a informação que o narrador não fornece espontaneamente) (Cf., Ib. p.51).

Interessa, no entanto, reforçar que o narrador não expressou o seu saber sem a incitação do narratário, procurando de facto o que se designa por proximidade distanciada.

A etnobiografia utilizou-se neste caso e, não a história de vida clássica, na medida em que “ visámos transcrever não somente a aventura individual do informante, mas exprimir os modelos culturais do seu grupo através do conhecimento que ele tem deles, portanto, para lá da idiosincrasia, espera-se atingir a sociedade de que o indivíduo faz parte” (Cf., Ib. p.99).

O que se pretende apreender não é a subjectividade e sim, através da subjectividade, certos aspectos da realidade social. Procurou-se valorizar o conhecimento disponível sobre os informantes e o seu trabalho, encorajando-os a falar sobre os diferentes assuntos no decurso da(s) entrevista(s), usando a intersubjectividade.

Esta estratégia permitiu desenvolver uma investigação multicentrada, que se situa em diversos níveis de análise e de interpretação e cuja realização ocorreu através de um certo número de aproximações, complementares umas das outras, organizando-se em quatro tempos:

1º tempo – escuta activa do informante

2º tempo – releitura do documento registado, com o interessado. Primeiro momento de verificação.

⁵⁰ É a técnica da *focused interview*, de Merton, R.K.

3º tempo – (re)orientação do trabalho: principais personagens; fontes documentais;

4º tempo – trabalho de verificação, procedendo a uma pesquisa de outra ordem: referências a acontecimentos; fontes importantes (Cf., Poirier, 1995, p.41).

Em Nota V (p.28-29), apresenta-se a comunicação com os informantes chave, para validação das primeiras entrevistas.

Dadas as características inerentes ao ensino de enfermagem, de que se realçam duas: a importância da prática de cuidados como campo de análise da própria formação; a existência de um currículo único até 1990, e de uma diversidade de currículos (planos de estudo) após esta data; considerando também a importância de nesta estratégia de investigação, considerar-se as etnobiografias como uma pesquisa integrada e globalizante, colocadas em debate junto de outros membros do grupo dos enfermeiros, parece de extrema importância, completar a informação e constituir um primeiro meio de verificação, até baseada na referência dos narradores do núcleo antes referido, a outros “actores” importantes.

Aos informantes chave solicitou-se a referência de outros informantes, de que foram seleccionados sete (7) a nível nacional, a fim de alargar o painel de peritos a consultar sobre o assunto, o que foi feito pela realização de entrevistas de sistematização (Nota VI, pp. 30-31). Num e noutro momento da investigação, foi produzido um documento com cerca de 800 páginas A4, resultantes das entrevistas transcritas (1ª fase 5 entrevistados; 2ª fase 12 entrevistados).

Mas a riqueza de fontes documentais, provenientes de arquivos pessoais e institucionais consultados, encaminharam também para a necessidade de realização de análise documental o que é metodologicamente suportado pelo referido em relação ao – **3º e 4º tempo** – trabalho de verificação, procedendo a uma pesquisa de outra ordem: referências a acontecimentos; fontes importantes (Cf. Poirier, 1995, p.41).

Os Documentos

A validade do inquérito, aqui sob a forma de entrevista, construiu-se pela confrontação com documentos de outra natureza. Foi mobilizado em interdependência um método «documentalista» onde os documentos constituem, para o inquérito, um pano de fundo de referência (Poirier, p.103). Apresentam segundo este autor a tripla vantagem de alargar a informação, permitindo certos controles e a reintrodução do tempo como dado. Constituindo-se para o estudo de extrema importância esta interligação entre a etnobiografia e a documentalização, na perspectiva etnosociológica já assumida.

Grácio (p.12) refere que o procedimento é particularmente importante e por isso é essencial: “não partir de «uma» construção teórica inicial de ambição totalizante, mesmo esboçada em traços largos. Procura-se assim uma economia teórica, pela mobilização

teórica estritamente necessária (...)", o que neste estudo foi favorecido pela forma da recolha de informação por meios documentais, constituindo uma espécie de pré-inquérito permanente, com a possibilidade de a qualquer momento, voltar às fontes.

Emerge uma ideia – força: reflectir sobre a realidade social, sem a julgar, mas procurando compreendê-la⁵¹. Os documentos como fonte de informação tiveram diversas proveniências, desde arquivo individual dos informantes chave, registos em arquivo oficial e bibliotecas/centros de documentação e informação de diversas escolas e ainda do Sindicato Nacional dos Enfermeiros.

A identificação e referenciação de uma grande diversidade de documentos foi organizada de acordo com as indicações de Yin, naquilo que designa por "2º princípio – Criação de uma base de dados do estudo de caso"(p.92). O autor caracteriza esta base de dados como algo complementar ao «relatório» de investigação, sugerindo a importância da realização de "notas de estudo de caso"(Ib. p.93), como "notas que podem resultar das entrevistas realizadas, das observações ou da análise documental"(Ib.), que se constituirão com o conjunto das narrativas e de documentos principais à análise, um anexo designado por "Case study documents"(Ib. p.94), na Nota VII (pp. 32-45) apresenta-se a descrição dos documentos por décadas.

Tabela 1 – Proveniência das fontes utilizadas

BIBLIOTECAS	ARQUIVOS	
	Institucionais	Individuais
Sindicato dos Enfermeiros Portugueses - CDI	Departamento de Ensino de Enfermagem – Ministério da Saúde	Informantes chave Investigador
Escolas Superiores de Enfermagem	Escolas Superiores de Enfermagem	
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa	Sindicato dos Enfermeiros Portugueses	
Biblioteca Nacional	Bases de dados on-line	

A fim de ilustrar a diversidade de documentos identificados e referenciados, inclui-se em nota VIII (p.45), um gráfico com a sistematização dos documentos analisados, por década, bem como o número de horas de gravação em cassette áudio, organizado por temas emergentes de uma primeira análise das entrevistas realizadas.

Análise de dados

A análise de dados produzidos no âmbito deste estudo de caso, assenta em duas das premissas sugeridas por Yin (p.99) "...depende do próprio estilo do investigador, quanto ao pensamento rigoroso, associando a apresentação de evidências e

⁵¹ NÓVOA, António (1987). Le temps des professeurs. Analyse socio-historique de la profession enseignante au Portugal (XVIII^e – XX^e siècle).Lisboa, Instituto Nacional de Investigação Científica, 2 vol.p.10

considerações cuidadosas com interpretações alternativas e (...) possuir uma estratégia geral de análise dos dados, baseada em proposições teóricas, ou um esquema básico de descrição...”, o que aconteceu no caso presente.

A análise ao corpus das entrevistas etnobiográficas seguiu a técnica das biografias múltiplas (paralelas), recorrendo à análise de conteúdo temática, que permitiu, da leitura das entrevistas, fazer emergir um conjunto de significados identificando categorias à posteriori, através da análise de conteúdo categorial, o que originou um sistema de relacionamento entre as referidas categorias operacionalizadas através de indicadores e que numa perspectiva de compreensão do fenómeno se organizaram em domínios e posteriormente em temas, coincidentes com os domínios de partida, sendo estes temas, que dirigiram a análise de dados (Nota IX, pp. 46-48). Esta assenta na declaração do assunto incluindo as questões levantadas, a finalidade e o enquadramento teórico do estudo. Os achados foram enquadrados de acordo com as questões de investigação.

A análise decorreu durante o processo da colheita de dados. Procuraram-se evidências para explicar acontecimentos ou ideias, interpretando documentos primários e secundários, procurando construir um quadro dos antecedentes históricos, através desses documentos que se tornaram parte da história quando “foram sujeitos à historiografia que liga as ocorrências ao registo” (Matejski, 1986,p.180) conseguido neste estudo ao longo de toda a colheita de dados e que teve o seu início com a selecção dos documentos, após a análise de conteúdo do corpus das primeiras entrevistas.

Seguiu-se uma lógica analítica pragmática, que consistiu em estruturar o universo estudado a partir de dimensões que servem para descrever as unidades, o que se designa por redução do espaço de atributos. É um procedimento dedutivo, em que o investigador parte de todas as combinações logicamente possíveis antes de as reduzir em função do seu sentido sociológico e dos resultados do inquérito, mas também numa perspectiva empírica, consistindo em reagrupar unidades em torno de um pequeno número de entre elas escolhidas como núcleos da tipologia (agregação de unidades). Também pode ser designado pelo procedimento dos agregados, por tentativas e erros, por hesitações, por aproximações. Trata-se de um procedimento particular de reagrupamento, portanto, de classificação, indutivo, realizado a partir dos dados do inquérito (Cf. Schnapper, 2000, p.157).

O inquérito empírico constituiu-se como o pólo experimental da compreensão sociológica. Forneceu o material que suscitou uma interpretação macrosociológica e histórica”(Cf., Ib., p.159).

A perspectiva foi de abertura para o conhecimento da realidade na perspectiva dos informantes chave, que permitisse a melhor selecção de fontes documentais no momento seguinte da investigação.

O modelo de análise assim construído adquiriu o estatuto duma interpretação plausível, mais que duma explicação no sentido estrito (Bertaux, 1997) Ainda de acordo com o mesmo autor, é na descoberta do geral no centro das formas particulares, que permite

avancar nesta via. Isto passa pela pesquisa de recorrências e pelo que se designa da saturação progressiva do modelo (que cita Glaser et Strauss, 1967).

A Análise Documental foi ocorrendo a partir da (re)construção do sistema de categorias, mobilizando a análise categorial temática (feita numa primeira fase ao corpus das primeiras entrevistas - em Nota X, pp. 49-51) numa perspectiva compreensiva a partir do esquema de análise, conduzindo ao, que permite identificar a saturação dos dados e a procura de regularidades. Deste movimento emergiu um sistema que se apresenta no quadro seguinte. A premissa teórica é a assumida anteriormente quanto ao que se considera ser o «social» na perspectiva de Max Weber, procurando desocultar a teia complexa de interações entre os factores, as estruturas e os processos sociais, onde não foi suficiente identificar os factos, sendo essencial a mediação entre estes, os contextos onde são produzidos, os actores que os produzem, para conhecer uma «outra» realidade mais profunda que emerge desse processo de mediação, de que resultará a clarificação do campo próprio de saberes, como saberes disciplinares organizadores do modelo de formação em enfermagem.

Quadro nº 3 - Enquadramento dos domínios de análise dos dados produzidos pelas entrevistas e análise documental

DOMÍNIOS	DIMENSÕES	TÓPICOS
ESPAÇOS DE FORMAÇÃO	O Estado Reformista e regulador	Tutela(s) Comissões de Reforma Serviços Centrais Processo de Integração do Ensino
	Escolas para enfermeiros / Escolas de Enfermagem	Dependência dos Hospitais Enfermarias Escola Lar / Residência Rede de Escolas
	Relacionamento Escolas / Organizações de Saúde	Políticas educativas Políticas de Saúde Mudanças paradigmáticas na saúde
CONSTRUÇÃO SOCIAL DOS CURRÍCULA	Intervenientes na construção e desenvolvimento curricular	Processo de autonomização Reivindicação de nível único de formação
	Dispositivo / Modelo de Formação	Da heterogeneidade à diversidade de planos de estudo Dois níveis de formação / Nível único Processo de integração no Sistema Educativo Nacional
OS ACTORES DA FORMAÇÃO	Construção social da disciplina	Orientação Paradigmática Reflexividade na acção Investigação
	Condições de acesso à formação	Habilitações literárias Género Seleção
	Do pessoal de enfermagem ao profissional de Enfermagem	Processo de profissionalização Identidade sócio profissional Estatuto Défice de recursos
	A formação e a construção das Identidades	Enfermeiros
		Professores Género

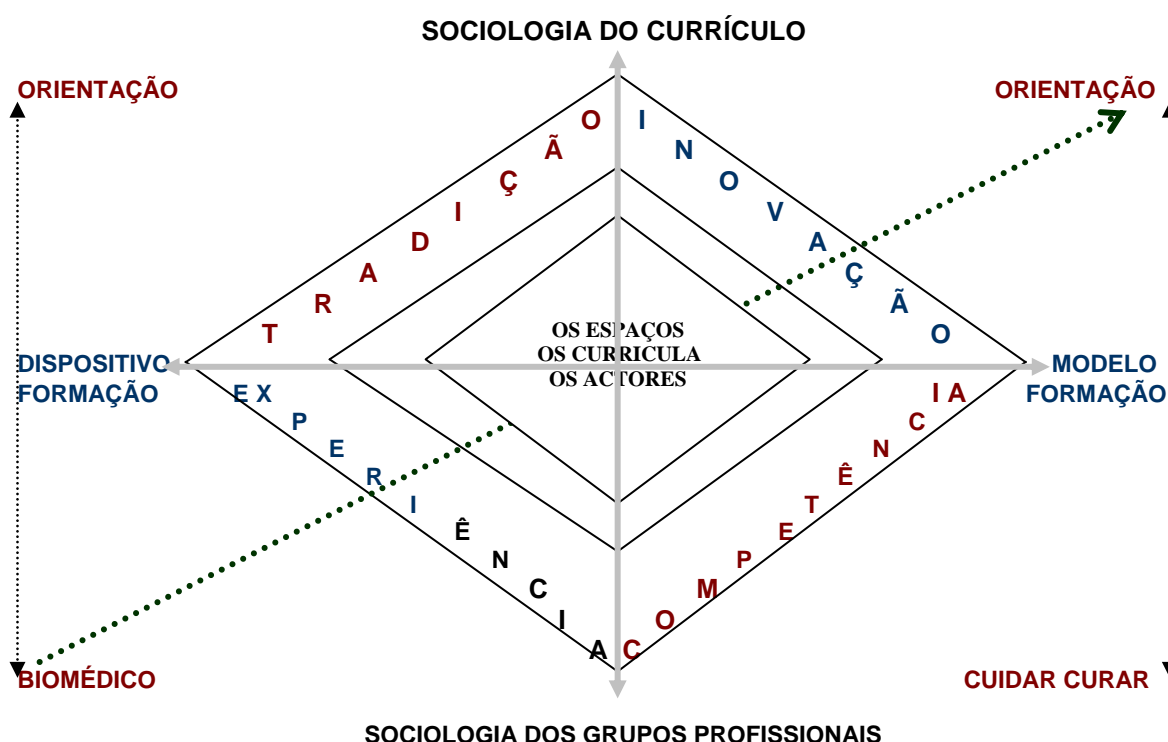
O modo como o material foi analisado baseou-se, em parte, na organização temática do enquadramento teórico do estudo. O uso da teoria social, política, económica ou feminista estruturou os dados e capacitou à concentração em áreas específicas, de

análise, consubstanciadas pela perspectiva teórica assumida. Durante o processo de análise de dados geriu-se a tensão das verdades em conflito umas com as outras de modo a ser possível encontrar interpretações e uma compreensão do assunto. Neste sentido fizeram-se perguntas como: O conteúdo das fontes primárias e secundárias é congruente um com o outro ou existem histórias em conflito? Se existe conflito, há evidência para justificar qualquer uma das partes do argumento?

De acordo com Schnapper, Dominique (p.160) “Qualquer que seja a sua qualidade, os materiais do inquérito não produzem eles próprios nenhuma teoria se não forem organizados por uma interpretação do investigador que confronte, ao longo da pesquisa, dados empíricos e hipótese de interpretação estrutural ou histórica, segundo um processo concreto em cada caso particular. «Não se pode nunca deduzir de um estudo aquilo que adquire aos nossos olhos uma significação, sem pressupostos referentes aos dados empíricos»” (citado em Weber, p.134).

Nesta perspectiva é proposto um esquema analítico, que se constituirá ele próprio no «modelo» de análise que suportará a tese em discussão.

Figura 1 - Relação dialéctica entre a formação e o trabalho. Do dispositivo de formação de enfermeiros ao modelo de formação em enfermagem



Este é um esquema heurístico que forneceu um quadro de noções através duma sistematização do mundo empírico e em simultâneo se constitui como orientação para a construção do conhecimento. Nesta perspectiva emerge o conceito de *Transicionalidade* a explorar, na medida em que quanto ao conteúdo, o currículo

organiza-se actualmente a partir da disciplina de enfermagem, mais próximo da pessoa sujeito de cuidados, que se encontra continuamente em transição entre situações de saúde e situações de doença, desenvolvimentistas e situacionais e, quanto à forma, numa dinâmica de transição entre o «modelo» da racionalidade (biomédico) e o «modelo» da competência (cuidar – curar). Esta transição é mediada, a partir dos domínios do modelo de formação: contextos, saberes e actores, pela dialéctica entre a sociologia do currículo (conteúdo e forma, Apple) e a sociologia dos grupos profissionais (Processo de Profissionalização e Processo Identitário, Dubar).

CAPÍTULO 4 - UMA BIOGRAFIA PARTILHADA DA ENFERMAGEM

O corpus produzido pelas entrevistas permitiu seleccionar um conjunto de factos sociais, bem como a leitura que quem os produziu, fez dos mesmos.

A qualidade da informação permitiu utilizar a função analítica e a função expressiva (Bertaux, 1997), conducentes a uma análise compreensiva do verbatim, em que se fez emergir das perspectivas apresentadas pelos informantes, numa lógica de histórias de vida paralelas, a história «da vida» da enfermagem no período que decorre entre 1952 e 2003.

Todos os informantes chave iniciaram a sua formação com o plano de estudos de 1952 (uns mais no início outros mais próximo da reforma de 1965); frequentaram o curso em Escolas Oficiais (dependentes do Ministério do Interior) – Escola de Enfermagem (EE) Dr Ângelo da Fonseca; EE Artur Ravara; na única Escola dependente do Ministério da Educação (Escola Técnica de Enfermeiras) e na escola particular, EE Rainha Santa Isabel.

Outra das dimensões organizadoras, e que se associou à diversidade vivida pelos informantes chave, relaciona-se com os diferentes níveis de formação pela heterogeneidade de cursos que frequentaram – Curso de Pré Enfermagem; Curso de Auxiliares de Enfermagem; Curso de Enfermagem Geral, Cursos de Especialização em Enfermagem (Saúde Pública; Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstétrica; Saúde Mental e Psiquiátrica; Reabilitação) e o Curso de Enfermagem Complementar (Secção de Ensino e Secção de Administração), para além de mestrados em diversas áreas e dois doutoramentos.

Enquanto actores, procurou-se a diversidade da experiência na acção quotidiana, mobilizando-a para além da prestação de cuidados em diferentes contextos, também na gestão a diferentes níveis – gestão de cuidados; gestão de unidades de cuidados; supervisão e assessoria técnica -, bem como a nível do ensino e da actividade associativa e sindical.

Foi pela identificação dos indícios no verbatim, considerados como essenciais, que se ilustram na figura seguinte que, a partir do mesmo se escreveu uma *biografia partilhada* da enfermagem.

A perspectiva etnobiográfica das entrevistas permitiu também tomar aqui uma posição de olhar o fenómeno de diferentes perspectivas e sobretudo eleger os diferentes factos sociais que se constituem como campo de análise desta investigação.

Mais do que uma perspectiva cronológica, assumem-se três períodos de análise da evolução da disciplina e profissão de enfermagem, propostos em 1999⁵²: Era Pré –

⁵² Amendoeira, José (1999). A formação em Enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?

Nightingale; de Nightingale aos anos 60 e dos Anos 60 à Actualidade, acontecendo este estudo, integrado nos dois últimos períodos.

Integram-se os três paradigmas (Categorização, Integração e Transformação⁵³) que ajudam a encontrar os diferentes sentidos atribuídos ao desenvolvimento da componente académica e da componente profissional da enfermagem, numa perspectiva epistemológica, no que respeita à construção da disciplina de enfermagem nos três períodos propostos.

À semelhança do que ocorre na Enfermagem a nível internacional e tendo em conta as suas características específicas, também em Portugal a evolução decorreu com sobressaltos, procurando-se considerar o percurso e características próprias, valorizando os seus padrões de crescimento e desenvolvimento, dos factos sociais que lhe estão subjacentes, etapas e fenómenos, demonstrando em simultâneo os diferentes significados das questões que colocou e das respostas que deu e dá.

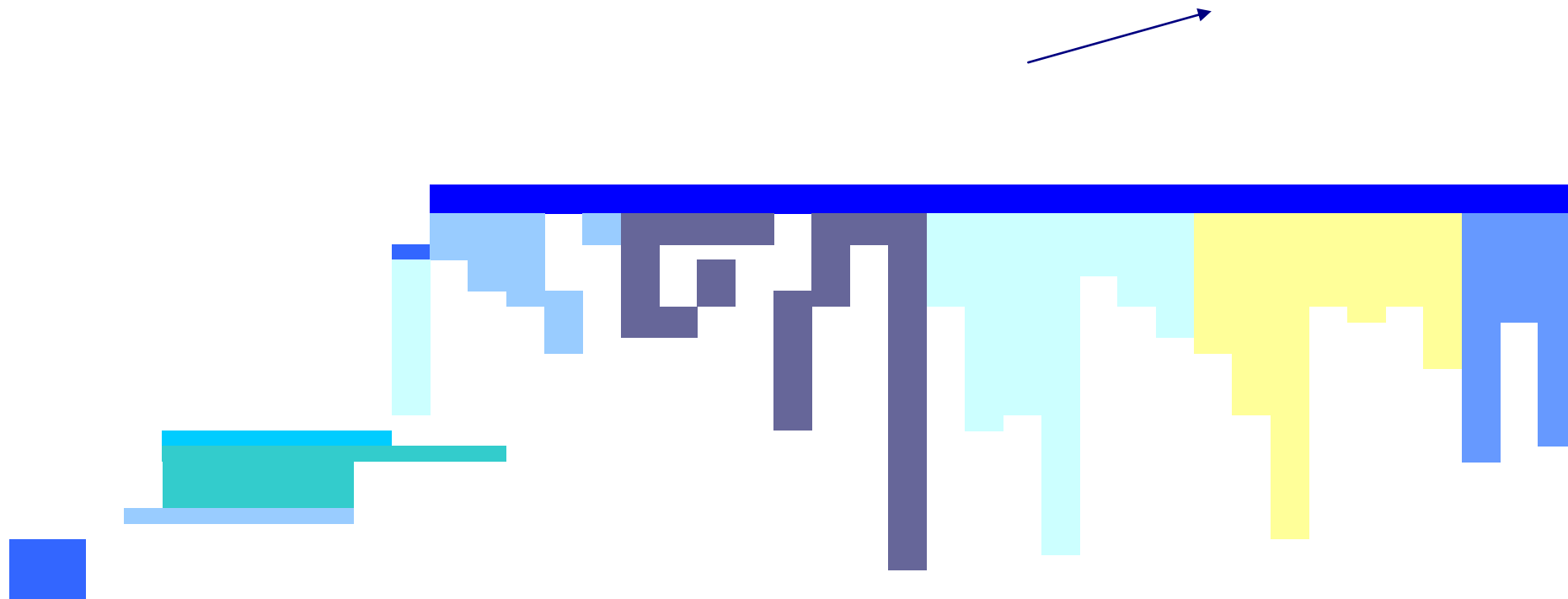
Nesta perspectiva, Meleis (1991) propõe a teoria da integração, na medida em que não tem subjacente o padrão tradicional de progresso por convergência para um paradigma, através de um padrão de progresso no qual possam estar representadas as realizações de enfermagem e a sua sólida base teórica.

⁵³ **Categorização** – caracteriza-se pela concepção dos fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto e, caracterizando-se por propriedades que são definíveis e mensuráveis. Existe uma relação causa – efeito, onde os factores causais são identificáveis e objectivos.

Integração - insere-se na continuidade do anterior, embora perspetive os fenómenos na sua multidimensionalidade e contextualize os acontecimentos para os estudar e compreender. A subjectividade é tão importante como a objectividade. A probabilidade da ocorrência de múltiplos factores antecedentes, e a sua interrelação, conduzem às mudanças que ocorrem.

Transformação – Os fenómenos são entendidos como únicos, mas em interacção com o que os rodeia. É uma perspectiva próxima do construtivismo. (Adaptado de Kéruc et al, 1994)

Figura 2 - PARA UMA BIOGRAFIA PARTILHADA DA ENFERMAGEM



Substituir por folha A3

Neste sentido e tendo por base o conjunto de entrevistas realizadas, relata-se, sob a forma de *Biografia*, a história da enfermagem no período compreendido neste estudo, de acordo com as premissas anteriormente assumidas.

“A enfermagem em Portugal teve o seu início na dependência e sob a subordinação médica, existindo a referência no final do século XIX, à criação de dois cursos para enfermeiros sob a responsabilidade de médicos, primeiro em Coimbra (1881) e depois em Lisboa (1886), cursos estes que decorreram num período relativamente pequeno, por não encontrarem apoio oficial junto dos Governos de então.

Remonta a 1901 a criação da Escola Profissional de Enfermeiros⁵⁴, em Lisboa, apresentando-se o ensino, muito desorganizado até 1947, altura em que se pode considerar a existência de uma «reforma» que procura organizar o ensino, através do Decreto Lei nº 36.219. As escolas ainda sem regulamentação própria, eram considerados serviços dependentes dos hospitais em todas as dimensões.

Em 1952 as escolas tinham autonomia técnica e administrativa, mas eram dependentes dos hospitais, consideradas mesmo como serviços destes, de tal ordem que uma das dificuldades à época eram as diferenças de currículos, existindo dificuldades que implicavam com a circulação das pessoas. Uma pessoa que era formada nos Hospitais Civis não ia trabalhar para Coimbra ou Porto e vice-versa.

A responsabilidade da gestão das escolas dependentes do Ministério do Interior era do médico que era em simultâneo Director da Escola e do Hospital. As excepções a esta situação ocorriam nas Escola Técnica de Enfermeiras que desde a sua criação foi dirigida por uma enfermeira (Alves Diniz) e a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo (particular) que era dirigida por uma enfermeira (Irmã Eugénia) desde 1939, dois anos depois da sua criação oficial. Esta situação permaneceu assim até à década de 70, essencialmente nas escolas que foram entretanto criadas e, onde o presidente da Comissão Instaladora era médico, mas existindo já um(a) monitor(a) chefe, com o Curso de Enfermagem Complementar, procurando-se que fosse alguém que pela sua formação e características pessoais fosse suficientemente determinado(a) para defender a centralidade da enfermagem, no modelo de formação.

Nesta época recomendava-se que o ensino de enfermagem ocorresse em regime de internato, pelo que existiram residências que, nas décadas de 50 e 60, tiveram um forte poder de socialização, onde se adquiriam ou consolidavam determinados hábitos, cumprimento de certas normas de vida individual e social, sob a supervisão das «monitoras» que viviam no mesmo «espaço social», exercendo uma certa vigilância, próxima de um modelo militar ou conventual, característico da enfermagem nessa altura. Um dos informantes chave refere no entanto que, “...eu penso que as regras não seriam muito diferentes em qualquer internato da época. Os lares de enfermagem não eram os maus da fita. Penso que copiavam o que era norma da época. (...) quando acabei o curso

⁵⁴ Transformada em Escola de Enfermagem Artur Ravara em 1919

em Coimbra e vim trabalhar para Lisboa, (...) estive na Escola de Santa Maria, as normas não eram muito diferentes e já estávamos próximo dos anos 60. E estávamos em Lisboa, com outro tipo de pessoas (...).”

O espaço de doze anos, entre 1952 e 1964, foi de esforço entre os responsáveis pela formação em enfermagem, sendo necessário distinguir o que era a formação que decorria numa escola dependente do Ministério da Educação Nacional e a formação nas outras escolas dependentes do Ministério do Interior, da Inspeção da Assistência Social.

Até à criação da Direcção Geral dos Hospitais (em 1961 e início de funcionamento em 1962), as escolas faziam conforme queriam porque a Inspeção da Assistência Social não verificava nada a não ser administrativamente.

Com a Criação da Direcção Geral dos Hospitais e a presença da Enfermeira Fernanda Resende, deu-se início a um certo acompanhamento, mesmo de alguma imposição, porque se procurava que as escolas todas atingissem um determinado esquema, ou modelo. As escolas passaram por um ciclo de não ter nenhuma orientação, para um período de grande orientação que precedeu a construção de uma maior autonomia. Enquanto serviço central à época, impôs um determinado modelo chamando as escolas a si, procurando separá-las e torná-las autónomas dos Hospitais, por forma a deixarem de ser serviços destes.

A Enfermeira Fernanda Resende, ao assumir neste Serviço Central o cargo de Inspectora Chefe, mobilizou outras enfermeiras para trabalhar com ela, intervindo uma no campo do exercício – Enfermeira Costa Reis e outra no campo da formação – Enfermeira Diniz de Sousa.

Inicia-se aqui um novo ciclo onde os enfermeiros começam, de facto, a participar através da auscultação que era feita a propósito do funcionamento, da organização e das dificuldades das Escolas, bem como dos planos de estudo.

As enfermarias escola, como metodologia de ensino, surgiram na lógica do saber e poder médico de então. Em Coimbra, o Dr João Porto criou as primeiras enfermarias escola, que se caracterizavam pela existência de um compromisso entre a Escola e o Hospital, devendo as enfermarias ser «suportadas» pela escola. Se não era pelas alunas era pelo pessoal da escola. Em Lisboa o processo foi idêntico (...).

Nasce, nesta lógica, um tipo de relacionamento entre as escolas e os hospitais que começava a apresentar características de dicotomia entre o que eram os objectivos do Hospital, procurando formar enfermeiros para um determinado contexto de trabalho e a Escola, que procura cada vez mais preparar enfermeiros que exerçam enfermagem, independentemente do local onde o fazem. As escolas começam a deixar de ser escolas para enfermeiros, para começarem a ser escolas de enfermagem.

Em 1965, as condições mudaram, essencialmente porque os alunos deixaram de estar à disposição dos hospitais, sendo colocados nos serviços que a escola entende como melhores para a sua aprendizagem. Esta foi uma ruptura muito grande, de que aparentemente ainda hoje não nos

recompusemos. Outra característica importante que decorreu desta ruptura é que a responsabilidade da orientação dos alunos passou a ser exclusivamente dos professores (enfermeiros) que pertenciam à escola.

Em 1967, para além da criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, associa-se a este facto a primeira carreira de enfermagem, em que as enfermeiras deixam de ser as «Monitoras Chefe» para serem as Directoras das Escolas, atingem pela primeira vez a designação e o estatuto de professores e, onde as pessoas dos Hospitais passam a fazer parte de um conselho orientador e não a dirigirem as Escolas tal como antes.

Relativamente à criação desta Escola (EEAE), ela surge pela necessidade reconhecida de formar enfermeiros que fossem capazes de intervir nos diferentes cenários da acção, em que a ênfase na formação era colocada no facto de serem enfermeiros a preparar os seus pares, embora com a colaboração de outros profissionais numa perspectiva da interdisciplinaridade.

A reforma de 65 aprofundou-se também no trabalho desenvolvido pela Escola no âmbito da formação permanente, no que respeita à preparação dos professores das escolas de enfermagem onde se desenvolvia a formação inicial, e enfermeiros dos hospitais que iriam receber os alunos com aquele novo plano de estudos. Constituiu-se num facto de extrema importância para o desenvolvimento da profissão e da disciplina, “...a EEAE foi muito importante, porque foi de facto o grande impulso (...) digo-lhe, (...) a reforma de 65 e a EEAE foi o que nos fez estar hoje, onde estamos. (...) a Enfermeira Fernanda Resende foi uma pessoa muitíssimo importante, foi uma pessoa de muita visão e soube mobilizar a situação de acordo com os contextos”.

No início da década de 70, assiste-se ao alargamento da rede de escolas de enfermagem, essencialmente com a missão de formar Auxiliares de Enfermagem. Esta medida vem na sequência da reforma de 1965 e emergente da pressão que se começou a fazer, por forma a que o país se aproximasse dos restantes países da Europa.

Este alargamento da rede de escolas pode associar-se às mudanças que simultaneamente ocorreram na saúde, com o alargamento da rede hospitalar e a criação dos Centros de Saúde, trazendo novas e mais necessidades em pessoal de enfermagem.

Foi elaborado um estudo sobre as necessidades de criação de Escolas, tendo sido criadas (a maioria) entre 1971 e 1975 em todas as capitais de Distrito, excepto em Aveiro e Setúbal.

Com a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional em 1988, e reconhecida a capacidade a todas as escolas para leccionarem o Curso Superior de Enfermagem, assiste-se em 1989 à conversão das escolas em Escolas Superiores, sendo de relevar que já em 1979, esta capacidade tinha sido formalmente reconhecida.

É com a Resolução do Conselho de Ministros (1998), que são criadas as duas escolas em Aveiro e Setúbal, embora com missões diferentes, na medida em que são criadas como Escolas de Saúde. No âmbito do ensino privado, surgem neste período muitas escolas de enfermagem que não cabem no âmbito deste estudo.

A partir de 2001, com a Lei do ordenamento do ensino superior, algumas escolas de enfermagem são convertidas em escolas de saúde, numa perspectiva anunciada de «rentabilização» de recursos e de aproximação das formações em saúde, embora de forma redutora, porque «apenas» aproxima a área das tecnologias da saúde com a enfermagem, o que em termos de uma nova concepção da formação em saúde, pode constituir-se como um constrangimento ao desenvolvimento das ciências da Saúde, no geral e das Ciências da Enfermagem, em particular.

Já em 2003, e até final do ano, esteve prevista a decisão política sobre a redefinição da rede de escolas de enfermagem/saúde, prevista na referida lei, com clarificação do cenário das escolas em cuja área geográfica não exista Instituto Politécnico, bem como a situação tornada específica para as Escolas de Lisboa, Porto e Coimbra, apontando-se actualmente para um cenário de fusão das escolas oficiais existentes nestas cidades, ainda por concretizar à data da entrega desta tese.

Tornar-Se(r) profissional de enfermagem ocorreu de forma heterogénia ao longo do período em análise, evoluindo do ensino de profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), até ao ensino de enfermagem num só nível de formação inicial.

Em relação às escolas serem numa fase mais inicial escolas para enfermeiros e não escolas de enfermagem, era evidente na dimensão curricular a partir da Reforma de 1952, considerada como «A Ruptura», na medida em que, para além da adequação das habilitações de entrada e da duração do curso, pela primeira vez existem conteúdos específicos e «isolados» que marcavam a diferença da formação dos enfermeiros, em relação à formação de outros profissionais de saúde e assistenciais – médicos, técnicos de serviço social e outros técnicos de saúde – através dos conteúdos de Técnicas de Enfermagem⁵⁵, cuja abordagem passou a ser da responsabilidade de enfermeiros, mas que não eram mais que procedimentos médicos, de carácter técnico, que os médicos na prática tinham vindo a delegar aos enfermeiros desde há algum tempo.

Não existe conhecimento de uma intervenção formal de enfermeiros na reforma de 1952, não significando isto que os médicos que a elaboraram no âmbito da Inspeção da Assistência Social não tenham mobilizado informações adquiridas através do contacto com os enfermeiros do exercício que eram os actores que estavam mais próximo dos alunos, em estágio. Penso ser possível identificar esta possível influência pelos registos e relatórios sobre os «exames de estado»⁵⁶, onde os inspectores da Inspeção da Assistência Social marcavam presença e de onde recolhiam informações preciosas sobre a forma como o ensino decorria.

No entanto, formalmente o plano de estudos em concreto foi elaborado pelos Directores de Escola, exemplificando-se com o Professor Artur Ravara, que quatro ou cinco anos antes fez uma viagem (visita de estudo) por muitas escolas de enfermagem europeias (essencialmente Espanha), pois havia a convicção de que a preparação do pessoal de enfermagem era má, mas também não se sabia como torná-la melhor.

⁵⁵ Técnicas de enfermagem médica, técnicas de enfermagem cirúrgica, as ligaduras (...)

⁵⁶ Verificar a referência a estes exames nas entrevistas, mas mobilizar se necessário também os dados dos relatórios sobre os exames de estado.

A ruptura ocorreu, mas na dimensão normativo – legal e não na epistemológica, na medida em que foi conduzida por quem detinha o poder pela divisão social do saber, e que sendo médicos, procuraram dar resposta ao que eles consideravam ser necessário um enfermeiro saber: anatomia, fisiologia, patologia, técnicas de enfermagem, ligaduras, pensos, elaborando uma lista semelhante a um «catálogo disciplinar». Nem mesmo em relação à aprendizagem prática existia qualquer tipo de orientação “e eu posso afirmar isso, quanto à minha experiência enquanto aluna, porque eu fui aluna desse curso. Entrei em 1952”.

O acesso ao curso de enfermagem geral era, em 1952, o 1º ciclo preparatório havendo no entanto um nível de formação designado de pré-enfermagem, com as disciplinas de português, francês e matemática, moral e história da enfermagem, que era frequentado por candidatos ao curso que não possuíam a habilitação requerida.

Desde 1947 que em Portugal existiam dois níveis de formação de profissionais de enfermagem, os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. Com a reforma de 1952, manteve-se este nível de formação com igual duração de um ano, mas passando a existir um estágio final de seis meses, após o qual o aluno tinha acesso ao diploma. Este estágio era desenvolvido num determinado hospital, sendo dada uma informação/avaliação dos enfermeiros gerais, mas em que não havia propriamente uma orientação da escola. A existência deste curso era também resultado da influência estrangeira, onde em diversos países existiam e ainda existem dois níveis de formação.

Vivia-se na época a conjugação de diversos factores: a construção de novos hospitais; maior necessidade de recursos; formação mais curta; maior disponibilidade de candidatos com menores habilitações; baixa remuneração o que afasta os candidatos com maiores habilitações; estabilidade de trabalho como enfermeiro; disponibilidade para trabalhar mais rápida, devido à curta duração do curso, que faziam com que se atingisse em determinada altura uma grande desproporção entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem (1 para 5), essencialmente a partir do alargamento da rede de escolas na década de 70, que formavam essencialmente auxiliares de enfermagem.

No período entre 1952 e 1975, a existência nas escolas de enfermagem de dois cursos, distintos na formação, mas que na prática não se diferenciava, “...percebíamos que havia um fosso, um fosso muito grande, entre nós alunos do curso auxiliar de enfermagem e os alunos do curso de enfermagem geral, (...) e apercebia-me que os colegas de escola (...) do curso de enfermagem geral iam adquirindo conhecimentos e eu (...) por um lado ficava contente por estar ali na escola, mas ao mesmo tempo triste, porque eu vim para uma coisa que não conhecia e, (...) via que isto não é aquilo que eu venho à procura. (...) é o primeiro degrau, é a possibilidade de ter entrado naquela altura... Este era um curso de aprender essencialmente a fazer coisas”.

O curso de enfermagem geral passou a ter a duração de três anos, organizado a partir de ensino teórico com base num programa para os três anos, onde a ênfase era nas disciplinas médicas, e também as recém criadas disciplinas de técnicas de enfermagem, aulas essas que decorriam após

as 12.30, 13 horas a seguir a um período de estágio, mas sem qualquer integração entre um tipo de ensino e o outro.

A diferença não acontecia pelo global do curso e da respectiva abordagem, mas sim pela forma distinta como os monitores abordavam os conteúdos das técnicas, reconhecendo-se que quem conduzia o ensino e o curso eram os professores que eram médicos⁵⁷, na medida em que as aulas de técnicas eram dadas por enfermeiros monitores.

O Relatório Simeão⁵⁸ foi o primeiro documento de diagnóstico da situação do ensino e exercício de enfermagem, elaborado no âmbito da Inspeção da Assistência Social pela Comissão Coordenadora do Exercício de Enfermagem, sob a responsabilidade de Maria da Graça Simeão, documento esse que serviu de base à discussão e apresentação de propostas no âmbito do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde, criado (em 1958) e constituído essencialmente por médicos, embora nas reuniões participassem enfermeiros representantes dos Sindicatos dos Profissionais de Enfermagem.

A discussão acerca da reforma necessária alongou-se, assistindo-se em 1964 à verdadeira reforma do ensino de enfermagem, tendo sido exercida a influência da Inspectora Chefe da Inspeção de Enfermagem (Direcção Geral dos Hospitais), na medida em que pela metodologia utilizada através da existência de grupos de trabalho, que conduziram à verdadeira participação dos enfermeiros na «grande reforma de enfermagem».

“O plano de estudos de 65, é um plano de estudos que está de facto organizado em função da enfermagem (...). Preconizava-se nessa altura que as enfermeiras assumissem a maior parte do plano de estudos”. “...o grupo que elaborou o novo plano de estudos, (...) não era constituído só por enfermeiros, mas também por outros professores (...) Eu participei, tinha vindo do Canadá (...) a enfermeira Moniz Pereira também participou (...), participaram as pessoas que tinham formação e, que nessa altura poderiam fazer isso.”

A formação no estrangeiro de enfermeiras portuguesas foi um contributo para o desenvolvimento da enfermagem portuguesa, tendo-se repercutido concretamente na reforma de 1977, que resultou num Plano de Estudos (Livro Verde) totalmente construído por enfermeiros, numa colaboração estreita entre enfermeiros docentes e enfermeiros representantes dos Sindicatos.

Foi o primeiro plano de estudos realizado «fora» dos serviços centrais, mas em que a maior ruptura se situou na filosofia educativa para uma enfermagem das pessoas que dela necessitavam e não uma enfermagem da saúde e da doença, aprendida e experimentada essencialmente no Hospital.

A conjuntura nacional e internacional potencializava esta lógica, na medida em que internamente tinha ocorrido a criação da EEAE em 1967, a reforma da saúde em 1971 (embora não tivesse tido uma operacionalização totalmente conseguida), a reforma educativa em curso desde 1970 e

⁵⁷ Os professores eram essencialmente médicos (ver por exemplo os conselhos escolares da época), existindo como veremos mais adiante a monitora chefe da escola, que era responsável pelos monitores.

⁵⁸ Relatório elaborado em 1957/58. Maria da Graça Simeão

essencialmente a revolução de Abril, que trouxe uma outra dinâmica social, que criou condições de maior abertura ao exterior, sendo de grande influência a Declaração de Alma Ata, com as Metas da Saúde Para Todos.

Na perspectiva paradigmática da integração, a saúde e a doença começavam a ser consideradas como entidades interdependentes, a pessoa passava a ter uma certa centralidade na concepção dos cuidados de saúde e concretamente dos cuidados de enfermagem.

Um dos constrangimentos assinalados a este Plano de Estudos situou-se na inexistência de cursos de especialização em enfermagem, na medida em que o que existia eram os cursos de formação inicial específicos (obstetrícia, psiquiatria e saúde pública), assumindo-se a urgência em formar enfermeiros especialistas que pudessem responder à complexidade dos cuidados, a que os enfermeiros generalistas não estavam aptos a responder. Estes cursos de especialização foram reestruturados em 1982 (Portaria 1144 de 1982), conduzindo à definição do que se considerou serem as fronteiras entre o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista.

Mas todo este período foi de grande convulsão, na medida em que em 1971 foi construído um plano de estudos, de base para a promoção dos auxiliares de enfermagem, que, como se verá iniciaram um movimento pela equivalência a enfermeiros, datado de 1969. Este curso não resultou bem, na medida em que os auxiliares de enfermagem faziam uma formação que não considerava de forma nenhuma a experiência suportada num quotidiano em que o conteúdo da acção ia muito para além do conteúdo funcional dos auxiliares de enfermagem, na medida em que estes substituíam os enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem, pela inexistência destes nos serviços. Chegou a existir uma proporção de 5 auxiliares de enfermagem para 1 enfermeiro.

Com a revolução de Abril de 1974, os valores da liberdade, da igualdade e do direito de expressão de opinião, o reforço do movimento sindical com repercussões também nos sindicatos de enfermeiros, reforçaram a reivindicação da passagem dos auxiliares de enfermagem a enfermeiros, tendo sido criada a Comissão Nacional para os Cursos de Promoção (CNCP), que lidera a elaboração e desenvolvimento de um curso de Promoção para enfermeiros de 3ª classe, que tinham sido auxiliares de enfermagem.

Este plano de estudos emerge de um paradigma em que a disciplina de enfermagem, sem renegar a importância da categorização que sustentou o plano de estudos de 1952, onde surgiram pela primeira vez as aulas técnicas “...os procedimentos técnicos em que aprendíamos a fazer a cama, a dar a injeção, a fazer o penso, não havendo nenhuma preocupação, nem nos curricula nem em sítio nenhum, de dar alguma atenção à relação com o paciente, enquanto tal. A preocupação que existia era no dizer às pessoas (às alunas), ..., que as pessoas (os doentes) precisavam de ajuda, e portanto não as podiam tratar mal, não sendo nem uma perspectiva caritativa, nem religiosa, mas era lá próximo...”.

A enfermagem não podia nesta época ainda ser considerada como área do conhecimento, na medida em que as pessoas não pensavam enfermagem em termos de disciplina científica, sendo que

é a partir da criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem que se considera com alguma unanimidade, se tenha iniciado a sistematização do conhecimento em enfermagem, com o contributo ainda que ténue do desenvolvimento de uma postura de investigação.

As pessoas que tinham estudado enfermagem no estrangeiro, teriam já este posicionamento face à enfermagem, mas este não era extensível ao grupo dos profissionais de enfermagem, que à altura era ainda considerado como um grupo ocupacional em processo de profissionalização, mas em que à enfermagem ainda era atribuído um estatuto de subalternidade à medicina.

É no contexto de mudança antes caracterizado, que a enfermagem à semelhança de outras profissões, começa a clarificar o estatuto dos saberes que utiliza na acção quotidiana, progredindo de uma utilização de saberes aparentemente isentos de concepção, para uma importância crescente de concepção dos cuidados de enfermagem, de que é responsável essencialmente a partir da existência de um só nível de formação inicial e do reconhecimento da existência de saberes especializados, mais complexos.

Em 1974, foi criado o Departamento de Ensino de Enfermagem, constituindo-se como um marco histórico, fundamental para o desenvolvimento da enfermagem, na medida em que foi através do ensino que a mesma se desenvolveu na perspectiva académica, e possibilitando ao exercício a introdução da reflexividade na acção, tão importante ao desenvolvimento da articulação teórico-prática essencial ao desenvolvimento da disciplina e da profissão.

É nesta perspectiva que, pela avaliação do plano de estudos de 1977, que decorreu num processo contínuo de participação activa dos docentes das escolas, dos elementos do grupo que concebeu e organizou o referido plano de estudos e dos técnicos do Departamento de Ensino de Enfermagem, que surge o plano de estudos de 1987 e em simultâneo decorre o processo de integração no ensino superior politécnico, que ocorre em 1988.

Nos dez anos que separam os dois planos de estudo (1976 e 1987), mudam as condições de admissão, aproximando-se estas às requeridas para a frequência do ensino superior, mantendo-se a duração do mesmo, mas inovando também no que concerne às metodologias e estratégias e de forma mais clara em relação aos conteúdos.

A utilização de uma metodologia científica no processo de cuidados suportada por modelos teóricos de enfermagem, que vêm fundamentando uma perspectiva da forma de pensar enfermagem que se afirma pelo paradigma da integração em termos de ensino, mas que não encontra eco de forma clara na prestação de cuidados, onde se continua a valorizar a perspectiva da categorização, subsidiando o modelo da racionalidade técnica, onde o peso do hospitalocentrismo se sobrepõe ao objectivo da centralidade da pessoa no referido processo de cuidados, que vai entrando no discurso formativo e de opinião dos enfermeiros do exercício da prestação de cuidados.

É neste cenário que no final da década de 80, e essencialmente com a integração no ensino superior e com a concepção de um novo plano de estudos, parece emergir a importância da

colaboração dos enfermeiros da prestação de cuidados na formação dos seus pares, retomando-se uma aproximação que tinha deixado de existir desde a introdução do plano de estudos de 1965.

A cooperação surge assim como um problema essencial à organização em sentido lato, na medida em que se estuda na perspectiva das organizações que possuindo objectivos distintos e por vezes aparentemente opostos, se desenvolve cada vez mais a parceria como estratégia formativa, que procura aproximar o que não é separável, as duas componentes da disciplina de enfermagem.

A década de 90, trouxe um constrangimento, assim considerado por alguns, que foi o «afastamento» dos docentes de enfermagem da prática clínica e mesmo em situações extremas da orientação de alunos em ensino clínico.

Valoriza-se antes, nesta biografia da enfermagem, como principal ponto forte ilustrativo de uma coesão de grupo profissional que foi a aquisição do reconhecimento e legitimação para que a formação inicial fosse desenvolvida ao nível de licenciatura de ciclo único, que associado à criação da Ordem dos Enfermeiros e ao Regulamento do Exercício Profissional, terá sido o corolário de um percurso que importa considerar como alicerce ao desenvolvimento de uma enfermagem virada para o mundo, capaz de clarificar a diferença que faz o cuidado prestado pelos enfermeiros e aquele que é prestado por outros profissionais ou não.

Atinge-se nesta biografia o «momento» dedicado aos actores, enquanto agentes e sujeitos da acção tornada social, na interdependência que caracteriza o processo de tornar-se(r) enfermeiro essencialmente pelo processo de cuidados enquanto espaço de socialização e de recontextualização dos saberes teóricos e práticos em saberes profissionais, onde a competência se reconheça como a operacionalização dos saberes abstractos em situação real de trabalho.

De estudante a enfermeiro ou a professor de enfermagem, organiza o acesso e os percursos que se mobiliza nesta biografia, procurando salientar os principais factos e momentos sociais que ilustram os modos e o tempo de como mudaram as principais características dos actores ao longo do período em análise.

Em 1952, por referência ao início deste período, o estatuto do aluno era reconhecidamente ausente de valor, sendo considerado mais como agente dum determinado modelo de formação, do que como sujeito dessa mesma formação. Ilustrando este cenário o relato da vivência de um estudante à altura “...o aluno naquela altura não tinha acesso ao currículo expresso (...) íamos assistindo ao que ia acontecendo na sala de aula (...) o aluno não tinha a visão dos programas em geral, tinha a visão que o professor dava e no caso dos monitores, não sentíamos que eles fossem os orientadores do curso...”

Os alunos eram considerados uma força de trabalho importante, em que o que acontecia na formação não tinha em consideração as necessidades de formação dos mesmos, mas em que o ensino decorria de manhã no hospital e à tarde com aulas na escola que era, habitualmente no mesmo espaço. O Hospital contava com o trabalho dos alunos, pelo menos das oito ao meio dia, sendo os estágios programados em função das necessidades dos serviços.

Como vimos, as escolas dependiam financeiramente dos hospitais, colocando-se aqui a questão do financiamento da formação destes alunos, que, não pagando formalmente a formação, faziam-no através do trabalho produzido⁵⁹. Sem poder falar-se de apoio social, existia já um formato de apoio aos alunos mais carenciados, com acesso a alimentação e alojamento, sob a forma de bolsa de estudo, que seria paga a partir do início da actividade profissional, aqui entendida como uma forma de fixação dos novos enfermeiros aos locais onde eram formados.

No que respeita ao acesso, a evolução neste meio século foi de monta, considerando que a principal evolução ocorreu até ao final da década de 70, isto é em vinte anos mudaram as habilitações mínimas exigidas da 4ª classe para o curso de auxiliares de enfermagem e do primeiro ciclo para o curso geral de enfermagem, para uma exigência única, por passar a existir um só nível de formação inicial, e igual à requerida para qualquer outro curso de nível superior.

Assiste-se na década de 70, a um fenómeno de maior procura do curso de enfermagem, embora com alguns picos que podem relacionar-se com os momentos de tomada de decisão em que a integração no sistema educativo nacional ia tomando forma e consistência.

A partir do final da década de 80 e mantendo-se na década de 90, o aumento da procura do curso de enfermagem por parte dos candidatos, não fica a dever-se exclusivamente a uma escolha de primeira opção, sendo de considerar factores como a elevada taxa de empregabilidade e a inexistência de formas próprias de selecção, que perpetuam uma situação de 2ª e 3ª escolhas, que não promove a construção identitária da enfermagem enquanto profissão.

Mas o problema da selecção não é de agora, encontrando-se raízes na compreensão deste fenómeno, ao início do período em estudo (mesmo antes, de acordo com outros autores⁶⁰).

A vocação foi durante longo período valorizada como essencial à escolha de uma actividade ou profissão, sendo que em relação à enfermagem valorizava-se essencialmente a vocação exteriorizada pela capacidade de entrega e de dádiva aos outros, compatível com uma enfermagem empírica, subordinada a outros saberes e a outros poderes.

Com a enfermagem moderna, a questão da vocação não deixa de se colocar, mas a questão passa a ser colocada numa outra dimensão, que é eventualmente a de ter vontade de aprender e saber melhor, algo que proporciona às pessoas motivação para desenvolver um determinado trabalho e sentir satisfação por fazê-lo.

A questão que sempre se colocou (e que ainda hoje se coloca) é como se pode avaliar se uma pessoa tem vocação ou não.

Entre 1976 e 1986, desenvolveu-se em Portugal, no âmbito do DEE, sob a orientação e coordenação do Enfermeiro Mário Sarmiento Rebelo, um projecto de investigação como tentativa de melhorar a selecção e essencialmente a orientação profissional dos candidatos (DICOVE).

⁵⁹ Apesar deste trabalho não estar contabilizado, compreende-se que era de grande utilidade para os hospitais, na medida em que existe a referência, por exemplo, “...quando se acabava o curso, fazia-se um mês de noites, porque o pessoal tinha férias...” In: Entrevista a Enfermeira Isabel Soares (2001)

⁶⁰ Confronte Soares (1997) Petitat (1994)

Este projecto desenvolve-se num período sobreponível com o desenvolvimento do plano de estudos referenciado como Livro Verde, o que permite compreender a preocupação em situar o aluno no centro do processo educativo, levando-o, no âmbito do processo de democratização das escolas e mais lato do país, a uma maior participação e onde era reconhecido um estatuto de pessoa singular com um percurso único de vida que interessa considerar, para as aprendizagens futuras.

À medida que a enfermagem se foi aproximando dos demais cursos de ensino superior, também o estatuto de estudante se foi aproximando dos demais, em todos os níveis, no entanto, só com a integração plena no ensino superior politécnico efectuada pela tutela única do Ministério da Educação, actual Ministério da Ciência e do Ensino Superior, passaram os estudantes de enfermagem a usufruir da acção social escolar, tal como todos os outros.

Porque o ensino é uma questão da profissão de enfermagem e porque o exercício profissional é considerado como campo de reflexão, socialização e aprendizagem, os actores que desenvolvem a acção quotidiana em todos os contextos onde as pessoas procuram ou são sujeitos de cuidados, evoluíram numa caracterização de profissionais de enfermagem que incluíam os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, para uma concepção de profissional – enfermeiro, que se caracteriza por possuir a competência para recontextualizar os saberes abstractos às situações problema que enfrenta na acção quotidiana, na medida em que é reconhecido como o profissional mais apto para diagnosticar, organizar e avaliar o cuidado de enfermagem que ele próprio controla, junto do cliente desse cuidado.

No período compreendido entre 1947 e 1975, existiam dois níveis de formação de profissionais de enfermagem, sendo que os auxiliares de enfermagem eram em número muito superior aos enfermeiros, caracterizando-se a situação por uma inadequação do previsto na lei, quanto à necessidade de os auxiliares de enfermagem só poderem prestar cuidados de pouca complexidade e sempre sob a supervisão e orientação de um enfermeiro ou de um médico.

A realidade era outra, pois os cuidados de enfermagem eram prestados por estes profissionais, sem qualquer orientação ou supervisão de enfermeiros, por ausência deles ao nível da prestação de cuidados, pois acontecera um desvio de função para o desenvolvimento de acções mais ligadas à organização e gestão da unidade e não tanto à prestação e gestão de cuidados de enfermagem.

Esta situação social foi desenvolvendo um movimento de contestação e reivindicação por parte dos auxiliares de enfermagem, que defendiam a passagem a enfermeiros, na medida em que eram eles quem prestavam os cuidados de enfermagem. Vivia-se assim uma situação social de injustiça, para além de estar presente uma situação de ilicitude ou mesmo ilegalidade, na medida em que a formação (formal e escolarizada) que recebiam não lhes permitia desenvolver a acção profissional que acabavam por assumir na prática quotidiana .

Este movimento que se inicia em 1969 (Transição falhada), tem o seu reconhecimento formal em 1972, em que a situação política apesar do contexto que se vivia, foi favorável a esta pretensão, tendo respondido com a organização de um curso com a duração de 21 meses, que não foi bem

aceite pelos interessados visto que era um curso que fazia tábua rasa da que era a experiência de trabalho, para além de que a organização do curso se caracterizava por reproduzir o curso de geral de enfermagem, embora de forma mais intensiva.

Os Sindicatos assumem o apoio a este movimento a partir da mudança social possibilitada pelo 25 de Abril de 1974, tendo-se consubstanciado num formato de transição para a categoria de enfermeiro, através de formação desenvolvida sob a responsabilidade da CNCP.

Com a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico, e o reconhecimento da licenciatura como grau académico de base, foram definidas duas medidas transitórias para a aquisição do grau de licenciado aos estudantes que se encontravam à época a frequentar o curso de bacharelato em enfermagem e que através do Ano Complementar de Enfermagem terminavam o 4º ano do ciclo, bem como aos enfermeiros a quem tinha sido dada equivalência ao grau de bacharel, a possibilidade de frequentar o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, com a duração de um ano e, sob a total responsabilidade das Escolas no âmbito das suas autonomias, apesar de ter sido um processo difícil, havendo mesmo movimentação sindical no sentido de que esta formação ocorresse externamente às Escolas, com a falsa premissa de que deveria ser um curso não escolarizado. De uma forma geral as escolas conceberam planos de estudo que aproximam a formação à aprendizagem reflexiva sobre as práticas desenvolvidas, o que pretende essencialmente a aproximação entre a teoria e a prática.

De acordo com esta biografia na década de 50, os professores de enfermeiros eram essencialmente os médicos, sendo que aos enfermeiros do ensino, era atribuído o estatuto de «monitor», fosse ele(a) chefe, auxiliar ou simplesmente...monitor(a), "(...) o que acontecia é que as escolas de enfermagem não eram dirigidas por enfermeiros, eram dirigidas por médicos e administradores hospitalares, os enfermeiros nem sequer eram professores, eram monitores, (...) monitores são pessoas que sabem as coisas práticas, ensinam a prática das coisas mas não lhes é reconhecida competência, conhecimento científico para a fundamentação (...) E por isso (...) a disciplina nem se chamava Enfermagem, chamava-se Técnica de Enfermagem."

No entanto, a formação, a experiência e o envolvimento fazia com que existissem formas distintas de exercer a função de monitor, para além do ensino da técnica pura e simples, pois de acordo com vivência da época "(...) aos enfermeiros monitores também cabia um certo investimento na fundamentação daquilo que ensinavam e alguns faziam-no (...) lembro aqueles que conheci, (...) O enfermeiro Mário Rebelo por exemplo, que era um homem que tinha uma preocupação em fundamentar aquilo que ensinava. Mas nem todos faziam isso (...) «davam» os cuidados de enfermagem nas doenças infecto – contagiosas e por vezes, verificava-se que as pessoas que ensinavam (...) não sabiam nada de doenças infecto-contagiosas".

Se na teoria era assim, no estágio a orientação era da responsabilidade de monitores para o sexo masculino e de monitoras para o sexo feminino, relatando como ilustração a vivência de uma estudante em Coimbra, "(...) nós éramos 43, 25 raparigas e 18 rapazes e, havia (...) continuamente

uma monitora, do 1º ao 3º ano e (...) outras que colaboravam pontualmente, na teoria, leccionavam determinado tipo de conteúdos, ou disciplinas, mas no estágio era só uma. E havia um monitor para a orientação dos colegas do sexo masculino”.

O percurso seguido pelos enfermeiros para serem professores caracterizou-se por altos e baixos, sendo que no final da década de 60 (carreira de 1967) assistiu-se pela primeira vez ao reconhecimento de que os professores de enfermagem eram genuinamente enfermeiros de formação inicial e continuada, embora se mantivessem as categorias de monitor. Este reconhecimento alicerçava-se no processo de profissionalização em curso, sendo de valorizar no contexto da época a importante influência que a EEAE exerceu nesta medida, de forma indirecta pela formação e preparação dos sempre designados «professores de enfermagem».

A década de 70 é de consolidação na primeira metade, associada ao desenvolvimento da rede de escolas, o que terá contribuído para uma grande mobilidade dos enfermeiros que possuindo as habilitações literárias requeridas (3º ciclo dos liceus) e o curso complementar – secção de ensino e/ou secção de administração – foram abrir escolas por todo o país, e constituindo equipas de ensino que permitiram a instalação e o desenvolvimento do ensino em quase todas as capitais de Distrito. Na segunda metade da década de 70, a visibilidade assumida pela luta dos auxiliares de enfermagem, o facto de na maioria das escolas de enfermagem não poder ser leccionado o curso de promoção (nas escolas que só formavam auxiliares de enfermagem) e o esforço dos Sindicatos na defesa da pretensão dos auxiliares passarem a enfermeiros, terá contribuído para uma desvalorização da área da docência, emergindo de novo no início da década de 80 uma nova carreira de enfermagem⁶¹, onde os docentes voltaram a estar integrados, com a possibilidade de 3 categorias (Enfermeiro Professor; Enfermeiro Assistente e Enfermeiro Monitor), assim permanecendo até à integração na carreira do ensino superior politécnico em 1992.

Mas, uma vez mais, os docentes de enfermagem se viram confrontados com a falta de apoio dos Sindicatos, nesta integração, na medida em que a mesma ocorrendo os professores de enfermagem tornavam-se independentes dos Sindicatos e isso não era desejado por estes, pois apesar de serem pouco numerosos, exerciam a influência que lhes advinha do facto de desenvolverem com autonomia o processo formativo dos enfermeiros em Portugal.

Uma das ilustrações deste descontentamento surge, conforme referido antes, aquando da tentativa de regular a formação complementar dos enfermeiros bacharéis, no âmbito da medida transitória conhecida por Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Importa também reflectir sobre o percurso seguido pelos enfermeiros até se tornarem professores de enfermagem.

Até à década de 90 (Decreto lei nº 166/92 de 8 de Agosto), iniciavam habitualmente o seu percurso na docência pelo início da carreira (como monitor) ocorrendo a formação e a progressão em harmonia com o desenvolvimento pessoal e organizacional, sendo que toda a formação era

⁶¹ Decreto Lei nº 305 de 12 de Novembro de 1981

realizada como «especialização» na enfermagem, tanto na área clínica, sobretudo a partir o início da década de 80 com a possibilidade de frequentar cursos de especialização, como na área pedagógica e / ou administrativa, através do Curso Complementar em Enfermagem (Secção de Ensino e Secção de Administração) e dos Cursos de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem e o Curso de Administração de Serviços de Enfermagem, a partir de 1984 até por volta de 1995, para o Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, coincidindo com o fim do período de transição dos enfermeiros docentes para a carreira do Ensino Superior Politécnico.

Uma das questões que se coloca actualmente tem a ver com o estatuto dos professores de enfermagem, enquanto professores do ensino superior politécnico, e de que forma a aquisição deste estatuto implicou um afastamento da identidade profissional e social do ser-se enfermeiro.

Uma questão a colocar é a seguinte – Os docentes de enfermagem querem ser docentes de quê? A resposta é habitualmente – de Enfermagem! Então se são professores de Enfermagem terão que ser enfermeiros.

E se têm que ser enfermeiros, como podem ensinar o que não sabem? Como podem orientar os alunos a recontextualizar os saberes abstractos nas situações problema que os mesmos enfrentam, se não conhecerem e praticarem nos contextos de trabalho onde se faz e pensa enfermagem? É que se estas premissas não forem valorizadas, podemos colocar a questão de saber se é preciso ser-se enfermeiro para se ser professor de enfermagem.

A sistematização do conhecimento tem sido conseguida essencialmente pelos professores de enfermagem (que são enfermeiros) através da investigação das práticas - clínicas, pedagógicas e de gestão, através do desenvolvimento de cursos de mestrado e doutoramento em Enfermagem e noutras áreas do saber.

No entanto, a valorização do estatuto profissional dos professores está intimamente ligado à valorização do estatuto dos enfermeiros, na medida em que estes se situem cada vez mais próximos dos doentes e de garantir ao doente a satisfação das necessidades. O professor não pode entregar os alunos a outros, pois mesmo que exista delegação, a responsabilidade continua a ser do professor, o que só é possível numa estratégia de cooperação para a parceria na formação em saúde.

PARTE II - DOS ESPAÇOS DE FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS À «ESCOLA» DE ENFERMAGEM

A fim de explicitar os principais factos sociais no âmbito do tema em análise nesta parte da tese, apresenta-se em seguida uma **série cronológica** dos referidos factos.

Anos	Factos sociais
Entre 1940 e 1950	Foram promulgados diversos diplomas legais, destinados a estruturar e a organizar os Serviços de Saúde e Assistência Social. A Câmara Corporativa, através de pareceres emitidos sobre os projectos de Lei e Decretos Lei, alerta o Governo para o recrutamento e preparação dos enfermeiros.
1947	As Escolas de Enfermagem são consideradas como serviços dos Hospitais Primeiro passo tendente a organizar o ensino de enfermagem com a publicação do Decreto Lei nº 32 612 de 7 de Abril
1949	Aprovação pela Inspeção da Assistência Social, de cinco escolas de enfermagem particulares
Década de 50	No início desta década foram criadas as enfermarias escola, com a finalidade de favorecer a aprendizagem
1952	Reforma do ensino de enfermagem, em que a intervenção do Estado é reforçada a partir da selecção dos candidatos e prolongando-se pelas outras fases. As Escolas mantêm-se na dependência dos Hospitais, embora passe a ser legalmente inscrita a autonomia técnica e administrativa. A heterogeneidade de planos de estudos está presente, apesar do plano único nacional.
1954	Ocorreu uma revisão dos programas e planos de estudo do ensino de base
1955	Foi constituída uma Comissão Coordenadora de Enfermagem, a funcionar junto da Inspeção da Assistência Social (Ministério do Interior). A comissão foi presidida pela Enfermeira Maria da Graça Simeão. Produziu o primeiro relatório de que se tem conhecimento, que caracteriza a situação da Enfermagem, tanto do exercício como do ensino.
1958	Criação do Ministério da Saúde, iniciando uma nova fase da organização da Saúde em Portugal. O Ministério da Saúde assumiu a tutela do ensino de enfermagem
Década de 60	
1960	Criação de uma nova Comissão de Reforma, no âmbito do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde.
1964	A verdadeira Reforma do Ensino de Enfermagem.
1965	Início dos novos planos de estudo do curso de enfermagem geral e do curso de auxiliares de enfermagem, cursos de especialização em enfermagem e curso de enfermagem complementar.
1967	Criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, em Lisboa.
Década de 70	
1970	Despacho do Secretário de Estado da Saúde e Assistência a nomear um grupo de trabalho no âmbito do esquema de ensino de enfermagem.
1971	Reforma da Saúde - Gonçalves Ferreira
1972/75	Alargamento da rede de Escolas de Enfermagem, com a criação das Escolas de Enfermagem Distritais
1974	Criação do Departamento de Ensino de Enfermagem no âmbito do Ministério da Saúde.
1976	Reforma curricular, de que decorre um novo plano de estudos da formação inicial, na continuidade da lógica do plano único.
1977/78	Legislação sobre a educação – criação do ensino superior politécnico entre outras mudanças. É feita a referência pela primeira vez à integração das Escolas de Enfermagem, como Escolas do Ensino Superior.

Década de 80	
1982	Transformação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem na Escola Pós-Básica de Lisboa, Porto e Coimbra. Criação da Escola Pós-Básica da Madeira.
1984	Constituição do grupo/comissão de reforma, que preparou a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional.
1986	Lei da Bases da Educação
1987	Reforma curricular, com a introdução de um novo plano de estudos único
1988	Integração do ensino de enfermagem no Sistema de Educação Nacional
1989	Conversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem
Década de 90	
1990	Primeiro Curso Superior de Enfermagem, com o grau de Bacharel
1998	Resolução do Conselho de Ministros no âmbito da formação em Saúde
1999	Criação do Curso de Licenciatura em Enfermagem em ciclo único
2001	Unitutela do Ministério da Ciência e do Ensino Superior
2003	Redefinição da rede de escolas, com a proposta de fusão de algumas escolas e a criação de outros cenários (em evolução)

CAPÍTULO 1 O ESTADO E O ENSINO DE ENFERMAGEM. UM PAPEL REFORMISTA E REGULADOR ?

O crescimento da rede escolar e do número de indivíduos que se candidatavam à frequência dos diferentes cursos (de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem), podem constituir-se como factores de análise da intervenção do Estado no ensino de Enfermagem, bem como se as medidas tomadas foram diferentes ou idênticas às que ocorreram nos outros níveis e tipos de ensino.

Procura-se enquadrar a existência de momentos reformistas no ensino de enfermagem, embora sem fazer analogias com a evolução do sistema educativo no país, pela importância que têm para o estudo do modelo de formação em enfermagem, com especial ênfase na construção social do currículo.

Nesta perspectiva segue-se como referência teórica Sérgio Grácio⁶², por ser possível integrar a abordagem proposta pelo autor a partir das reformas do ensino técnico que analisou, a saber: 1948 e 1983, e posteriormente o alargamento do estudo desta problemática até 1990.

A importância de mobilizar a análise produzida por este autor, baseia-se no facto de se considerar neste estudo, as reformas que ocorreram no ensino de enfermagem a partir de 1952, embora o primeiro passo tendente a organizar o ensino de enfermagem ocorresse em 1947, num espaço temporal próximo à reforma do ensino técnico.

O autor refere-se às reformas como processos que ao mobilizarem factores múltiplos, interdependem entre as necessidades e as mudanças sociais, mobilizando as dimensões: acesso à educação; procura e oferta da educação; rede de escolas e papel do Estado neste processo.

A orientação metodológica passa por analisar, em cada uma das décadas (50, 60, 70, 80 e 90) os factores que influenciaram as reformas no âmbito da enfermagem.

Analizando a função «voluntarista do Estado» pressupõe-se como primeira condição que a acção governamental não é pressionada, ou particularmente pressionada, por factores que lhe são «externos». A procura de educação foi um factor externo no que toca ao caso do ensino primário, mas em relação ao ensino técnico teria antes existido eventualmente uma pressão do patronato dirigida para a sua reformulação e expansão (Grácio, 1986).

⁶² Grácio, Sérgio (1986). Política educativa como tecnologia social. As reformas do ensino técnico de 1948 a 1983, Lisboa, Livros Horizonte

Grácio, Sérgio (1998). Ensinos técnicos e política em Portugal. 1910/1990, Lisboa, Piaget

Em relação ao ensino de enfermagem, verifica-se que a partir da década de 40 o Estado passou a intervir no ensino (que era à altura considerado como ensino técnico) na perspectiva da uniformização, da centralização e do controlo das «escolas» e do ensino.

A analogia que era utilizada entre o que organizava o ensino técnico e o ensino de enfermagem, conduz à necessidade de compreender se a lógica do ensino técnico era reproduzida no ensino de enfermagem, onde os hospitais estavam para as empresas como as escolas de enfermagem (como serviços dos hospitais) estavam para as escolas técnicas. Entre 1940 e 1950 são promulgados diversos diplomas legais, destinados a estruturar e organizar os serviços de saúde e assistência social, existindo uma grande influência por parte da Câmara Corporativa que, através de pareceres⁶³ emitidos sobre os projectos de leis e de decretos leis, chama a atenção do Governo para o recrutamento e preparação da enfermagem, como uma das mais graves deficiências da organização hospitalar do país.

A insuficiência da remuneração durante e após o curso que baixa o nível educativo da classe onde se faz o recrutamento e dificulta as possibilidades de escolha e o ensino técnico mal orientado, dirigido e realizado por médicos, quando o devia ser por enfermeiras, permite concluir que é necessário remodelar profundamente o ensino geral da enfermagem, selecção e vencimentos, de forma a elevar o seu nível de vida profissional e social, sem o que uma das bases técnicas e morais da assistência claudica (cf. Soares, p.44-45).

Em 1947 o ensino oficial de enfermagem era realizado em escolas dependentes do Ministério da Educação Nacional, do Ministério do Interior e do Ministério da Marinha. Este estudo é limitado às Escolas dependentes do Ministério do Interior e à Escola do Ministério da Educação, sendo a rede definida no capítulo referente às Escolas.

Em 1947, aprofunda-se a centralização das decisões⁶⁴, na medida em que são legisladas alterações importantes e a diversos níveis. É reforçado o controlo central através da acção da Inspecção de Assistência Social, pela aprovação de todos os regulamentos; programas⁶⁵ e todas as instruções julgadas convenientes para a eficiência do ensino das escolas e cujos inspectores passam a estar sempre, nos exames finais e por vezes nos exames de frequência e nos de admissão⁶⁶, procurando homogeneizar o que se passava no âmbito da unificação do ensino.

⁶³ Ministério do Interior. Subsecretariado de Estado da Assistência Social. Assistência Social. Providências Legislativas. Lisboa. 1951, p. 347.

⁶⁴ Decreto Lei nº 36219, de 10 de Abril de 1947

⁶⁵ Regulamento da Escola de Enfermagem Dr Ângelo da Fonseca (EEAF)- Hospitais da Universidade de Coimbra – 20 de Dezembro de 1952 (p.23) “(...) os planos de ensino das matérias extraordinárias serão submetidos à aprovação do Ministro do Interior que determinará se delas haverá ou não exame final”(p.23)

⁶⁶ Ofício nº 60 de 19 de Julho de 1950, em papel timbrado da EEAF – Hospitais da Universidade de Coimbra, dirigido ao Inspector da Assistência Social, enviado pelo Director da Escola. Reporta-se a exames práticos.

Pela análise de documentos da época e mobilizando análises de outros autores, os enfermeiros eram preparados sob a orientação dos médicos vivendo numa completa dependência do que era o poder médico nas organizações prestadoras de cuidados, que eram essencialmente os hospitais.

Em 1949, dois anos depois da publicação do Decreto Lei nº 36 219 de 1947, a Inspeção de Assistência Social tinha aprovado cinco escolas de enfermagem particulares. Na dependência do Ministério do Interior funcionavam duas oficiais (Soares,1997).

Durante a década de 50 a tutela das Escolas existentes à altura era do Ministério do Interior, mais directamente da Secretaria de Estado da Assistência que tinha sido criada em 1940, Esta Secretaria tutelava e inspeccionava os organismos, instituições ou serviços que se destinavam a prestar a assistência social, as Escolas por estarem integradas em Hospitais apesar de não serem instituições de assistência, a elas se estendeu esta tutela.

O Estado não reivindicava o exclusivo do ensino e, assim, admitia o funcionamento paralelo de escolas oficiais e particulares, mas o Governo não se demitia da sua natural função de, em relação às escolas particulares, orientar o ensino, aprovar os planos de estudo e autorizar a sua abertura e funcionamento, de modo igual ao das escolas oficiais.

Decorre também deste centralismo do Estado o facto de só poderem exercer enfermagem, os indivíduos diplomados em conformidade com a legislação em vigor, quer em organizações particulares quer em organizações públicas. Poderá identificar-se nesta lógica a tentativa do Estado «proteger» o pessoal de enfermagem do exercício ilegal?

A identificação anteriormente referida da necessidade de alterar o ensino de enfermeiros, tendo em vista uma mais adequada prestação de cuidados às populações, passava a ser reconhecida pelos responsáveis governamentais que publicamente o assumiam⁶⁷ chamando a atenção do país, em termos incisivos, para a gravidade do problema de falta de enfermeiras e para as providências que importava tomar com brevidade a fim de se tentar resolvê-lo.

Esta tutela do Ministério do Interior ganhava objectividade em várias dimensões, salientando-se aqui aquela que parece ter-se constituído como maior constrangimento - não vir da área da Educação, na medida em que muitas das dúvidas que surgiam no processo educativo, eram orientadas por técnicos exteriores à educação. Clarifica-se esta reflexão através da exemplificação de aspectos que vão desde a selecção dos candidatos até aos momentos de avaliação tanto de entrada como de saída (os exames).

⁶⁷ Relatório sobre a situação da enfermagem no nosso país. Elaborado pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social, (p.23).

No que concerne à selecção dos candidatos, e embora a análise da procura seja realizada em capítulo próprio, analisa-se aqui como o Estado intervinha nas escolas no processo de admissão dos candidatos, na medida em que faziam parte dos regulamentos das mesmas, as regras de admissão⁶⁸ ”(...) cabe ao Director propor anualmente ao Ministro do Interior, depois de ouvido do Conselho Escolar, o número de alunos a admitir na Escola”(p.1) e que no caso concreto de Coimbra parecia ser procurada por um grande número de candidatos⁶⁹ que tinham que ser rejeitados por falta de instalações ”(...) o custo do ensino, na escola dos Hospitais da Universidade a procura de matrículas é, de alguns anos a esta parte, exageradamente superior às possibilidades das instalações”(p.29).

De acordo com Soares (1997), o Estado assumia-se como defensor e zelador do bem público, ao tomar para si o poder de aferir a competência do pessoal de enfermagem, de fiscalizar a categoria do pessoal docente, o valor dos programas e os resultados obtidos para assegurar a idoneidade moral dos candidatos e a sua proficiência técnica. E, porque tem este poder, intervém para corrigir as graves deficiências do ensino, entregue à improvisação de boas vontades e a falta de coordenação das escolas particulares e oficiais que trabalham longe de uma acção educativa eficiente, por carência de pessoal competente, encarregado de formar os seus pares⁷⁰.

Com a Reforma de 1952, a intervenção do Estado é uma vez mais reforçada logo na selecção dos candidatos⁷¹, passando a exigir-se nalgumas escolas a verificação dos requisitos indispensáveis, o exame psicotécnico e um período de prova ou de pré-aprendizagem profissional, destinado ao apuramento, tanto quanto possível perfeito, das aptidões individuais, não possuindo as escolas nacionais, condições para realizar⁷² esses exames (psicotécnicos). Passavam assim a ser realizados de acordo com as possibilidades das escolas, pela obrigação regulamentar (art.º 74º da Portaria nº 14.482), sendo que, com estas regras de admissão, o Estado procurava garantir a qualidade do ensino dos enfermeiros por forma a responder à necessidade de que quanto mais se afirmava a importância técnica dos enfermeiros, mais complexos eram os serviços que os médicos lhes confiavam⁷³, complexidade esta proveniente das transformações económicas e sociais

⁶⁸ Ofício (sem número) de 5 de Novembro de 1949, dirigido ao Director Geral da Assistência, enviado pelo Director da Escola – Dr. João Maria Porto. É solicitada a fixação dos limites dos estudantes a admitir, (p.1).

⁶⁹ Ofício em papel timbrado da EEAF, de 4 de Julho de 1953, dirigido ao Inspector Chefe da Assistência Social, pelo Director da Escola, acerca das transferências de alunos inter-escolas, (p.2 e p.29).

⁷⁰ Preâmbulo do Decreto-Lei nº 36212, de 31/12/1942.

⁷¹ Preâmbulo do Decreto Lei nº 38.884: “ A enfermagem é uma profissão essencialmente vocacional”.

⁷² Ofício nº 302 de 8/10/53, dirigido ao Inspector Chefe da Assistência Social, enviado pelo Director da Escola, sobre a necessidade de avaliação psicotécnica, (p.1).

⁷³ Preâmbulo do Decreto lei nº 38.884 de 28 de Agosto de 1952.

ocorridas em Portugal desde o início dos anos 50, que se traduziram num aumento da procura social de ensino e das aspirações sociais dos jovens⁷⁴(p.62).

Esta reforma (1952) pode de facto considerar-se a «primeira reforma» do ensino de enfermagem, que na opinião de Corrêa⁷⁵ se deveu à oportunidade dada à Enfermagem, na pessoa da Enfermeira Senhora D. Maria da Graça Simeão, da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, Presidente da Comissão Coordenadora dos Serviços de enfermagem da citada Inspeção e suas colaboradoras directas. Iniciou-se nesta altura e adquirindo um carácter de continuidade, uma profícua colaboração interinstitucional entre a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) e a Inspeção da Assistência Social, no sentido entre outros, do desenvolvimento de estudos que permitissem estruturar reformas no âmbito do fomento do pessoal de saúde e assistência, tendo feito parte de uma comissão a Directora da ETE entre outras individualidades.

As esferas política e económica são consideradas como essenciais pelos sociólogos da Educação, na medida em que consideram existir uma conexão directa entre ambas, colocando-se a questão de saber se a medida política da criação do curso de auxiliares de enfermagem (em 1947), pode ser uma ilustração deste fenómeno, como forma de ao menor custo pretender diminuir o défice de profissionais, tendo-se vindo a constatar que os benefícios esperados não foram verificados, conforme se abordará em capítulo específico.

De acordo com Apple⁷⁶(2001,p.73), embora “...a primeira (política) não se possa reduzir à segunda – e, tal como a cultura, tivesse um significativo grau de autonomia – o papel que a escola desempenha como «aparelho do Estado» encontra-se profundamente relacionado com os problemas fulcrais de acumulação e de legitimação enfrentados pelo Estado e pelo modo de produção em geral”, o que na perspectiva assumida fazia com que a acção do Estado passasse em primeira linha pelo «controle das escolas». De acordo com o mesmo autor, a hegemonia adquire um interesse especial para analisar esta problemática na medida em que seja considerada não como “... um facto social já concluído, mas sim como um processo em que os grupos e as classes dominantes «conseguem conquistar o consenso activo perante os que exercem o seu domínio». Assim a educação, deve ser percebida como parte do Estado, como um elemento importante na tentativa de criar consenso activo”(Ib. p.74).

É importante ter a noção de que o próprio Estado é também um local de conflito entre classes e segmentos de classes. Uma vez que o espaço de tal conflito deve, por um lado, levar todos a pensarem de forma idêntica (tarefa aliás, muito difícil que ultrapassa o seu

⁷⁴ Seixas, Ana Maria (2003). Políticas Educativas e Ensino Superior em Portugal.

⁷⁵ Corrêa, Beatriz de Mello (2002). Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988, (p.244).

⁷⁶ Apple, Michael W. (2001). Educação e poder. Porto editora

próprio poder e que destruiria a sua legitimidade) e, por outro lado, gerar consenso entre a maioria dos grupos que se encontram em contenda. Desta forma, para manter a sua própria legitimidade, o Estado necessita de integrar, gradual e continuamente, muitos dos interesses dos grupos aliados e inclusive dos grupos que se lhes opõem (p.75).

Para melhor compreender esta lógica, assume-se como central a questão formulada por Apple (cf. p.76) “Como é que o Estado consegue aparecer como um conjunto de instituições neutras, actuando em prol do interesse geral?”

A estratégia hegemónica mais eficaz parece ser a de integrar as exigências democráticas populares e as económicas num programa que favoreça a intervenção do Estado no interesse da acumulação, interessando neste sentido observar como a escola é um espaço onde estado, economia e cultura se encontram inter-relacionados e como muitas das reformas e inovações curriculares agora propostas «traduzem» essas mesmas inter-relações.

No que concerne ao campo da educação, de acordo com Proença⁷⁷, a ideologia republicana foi profundamente marcada pela crença no papel indispensável da educação e do ensino para a construção do «homem novo» e de uma nova sociedade. Assistiu-se ao elaborar de novas propostas reformadoras, tendentes a uma nova concepção do papel da Escola e da construção de um pensamento pedagógico inovador, porque cientificamente fundamentado. No período do Estado Novo, o posicionamento face à educação, era sustentado no conceito de ordem social partilhado pelos membros do pessoal dirigente, e que Salazar tão bem exprimiu quando enunciou o seu desejo de *levar os portugueses a viver habitualmente*, ou seja a viver longe do tumulto vão das aspirações irrealizáveis⁷⁸.

De acordo com Sousa e Bessa (1983 e 1987), verifica-se ser este um período de ganhos nos domínios do modelo de formação em enfermagem em estudo, mas essencialmente na construção social do currículo, o que permite colocar as questões: pode relacionar-se este facto com a ausência de uma política de formação em enfermagem, o que permitiu ao grupo profissional dos enfermeiros desenvolver uma estratégia de formação, que viria posteriormente a ser reconhecida, embora pela via dos saberes/poderes marginais ?Ou a ausência de uma política seria em si uma estratégia política?

A dimensão voluntarista da acção do Estado, ajuda a compreender estas questões, iniciando-se pelo estudo das Comissões de Reforma.

⁷⁷ Proença, Maria Cândida (Coord.) (1998). O Sistema de Ensino em Portugal. Séculos XIX e XX

⁷⁸ Cf., Grácio, Sérgio (1997). Ensino técnico e indústria. In: Proença M.C.(1997).O Sistema de ensino em Portugal. Séculos XIX e XX, p.79.

As Comissões de Reforma

Até à integração no sistema educativo nacional o ensino de enfermagem teve sempre a influência do Estado, cabendo a este a definição, implementação e supervisão em relação a todas as dimensões em análise, embora com a participação gradual dos enfermeiros através das Comissões de Reforma em que estes participavam.

O decreto Lei nº 36.219 de 10 de Abril de 1947, marcou um novo e decisivo passo em frente na organização do ensino de enfermagem, que o Decreto Lei nº 38.884, de 20 de Agosto de 1952, veio consolidar.

As propostas da Comissão Coordenadora de Enfermagem aparentemente iam no sentido do proposto pela Comissão da Reforma do Ensino Técnico de 1948, no que concerne à valorização e reabilitação deste ensino (Grácio, 1996, p.79), relacionando-se na enfermagem com a dimensão prática que era urgente melhorar.

Esta Comissão (de 1955), de que não se conhece a composição na íntegra, teria tido ainda a influência concreta dos médicos que dominavam a enfermagem do exercício ao ensino e vice versa, desde os tempos mais iniciais.

Sabe-se que a integrava uma Enfermeira referida como coordenadora - Enf^a. Maria da Graça Simeão, tendo sido produzido o primeiro relatório (de que se tem conhecimento) que caracteriza a situação da enfermagem, procurando-se estudar concretamente os problemas fundamentais que importava solucionar, numa reforma global da enfermagem.

O país tinha falta de pessoal de enfermagem em geral e falta de pessoal devidamente habilitado em especial. Mas colocava-se a seguinte questão: de que serve criar novas escolas de enfermagem e aperfeiçoar o ensino nelas administrado, enquanto não se melhorarem as deploráveis condições de trabalho actualmente oferecidas pelo exercício da profissão? E este questionamento acontecia para além do contexto hospitalar.

Neste Relatório ⁷⁹, era afirmado que o caminho a seguir só poderia ser o de começar por reformar o próprio exercício da profissão, tornando-o atraente, compensador, digno e rigorosamente disciplinado. As reorganizações de ensino de nada serviriam se as condições de actividade das enfermeiras e enfermeiros continuassem a ser as mesmas. O alargamento da base de recrutamento só se alcançaria prestigiando-se a profissão no campo social e, elevando-a no conceito público.

É na década de 50 que parece construir-se uma consciência diferente sobre a problemática da saúde e uma perspectiva onde os cuidados hospitalares começam a ser questionados como exclusivos para a melhoria da qualidade de vida das populações, sendo valorizada a

⁷⁹Relatório elaborado sobre a situação da enfermagem no nosso país, pela comissão coordenadora dos serviços de enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social. Nomeada por Despacho de 28 de Março de 1957, do Sub Secretário de Estado da Assistência Social (Dr Melo e Castro). Na pg 2 do referido relatório, é referida uma Comissão de Estudo, anterior, e decorrente de uma Portaria de 1955, (p.22).

intervenção na comunidade designada por saúde pública ou com qualquer outra designação. A importância atribuída à formação dos enfermeiros em saúde pública, foi substantivamente abordada aquando da discussão para a reforma do ensino, em que o Dr. Coriolano Ferreira⁸⁰ refere a necessidade de mudar. O Dr. Fernando Correia,⁸¹ depois de tecer várias considerações sobre o extinto curso de visitadoras sanitárias⁸² e de notar que no projecto em apreciação se deu maior relevo à enfermagem hospitalar, com prejuízo da enfermagem domiciliária e da de saúde pública, fez a proposta seguinte: “O Conselho, independentemente de quaisquer discordâncias verificadas ou a verificar, manifesta a sua mais completa confiança e admiração pela Comissão que elaborou o projecto de diploma sobre o exercício de enfermagem. A ninguém melhor do que a ela deve ser entregue a missão de rever o dito projecto e de o redigir em última análise”(p.13-14).

As décadas de 50 e 60, trouxeram grandes mudanças no que concerne à saúde, emergindo das mesmas a constituição do Ministério da Saúde (1958)⁸³, que conduziram também à passagem da tutela do ensino de enfermagem para o mesmo. Porém, tal facto não produziu alterações muito sensíveis. Os cuidados de Saúde continuaram a ser prestados por serviços e instituições particulares, que coexistiam com as oficiais e semioficiais, sem uma coordenação eficaz por parte da tutela⁸⁴.

A tutela única do Ministério da Saúde perdurou até à integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, que tendo ocorrido em Dezembro de 1988, levou à dupla tutela entre este Ministério e o Ministério da Educação até 2001 altura em que passou à tutela única do Ministério da Educação, actual Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

Em 1960, é criada uma nova Comissão, e que era constituída por diversos médicos, o Director Geral da Assistência Social que presidia, e os representantes dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem.

⁸⁰ Ib. nota 85 (p.13-14)

⁸¹ Ib. nota 85 (p.13-14)

⁸² Este curso era leccionado no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, com a duração de 1 ano e 4 meses de estágio. A idade de acesso situava-se entre os 18 e os 30 anos, 7º ano do liceu ou exame de admissão. Este curso de Enfermagem Domiciliária, substituiu em 1947, os cursos anteriores de Visitadoras Sanitárias e de Visitadoras Sociais (Antes aprovados pelo Decreto Lei nº 20376 de 7 de Outubro de 1931) citado em Nunes, Lucília (2003). Um Olhar sobre o Ombro, p.78.

⁸³ Ferreira, Gonçalves F.A. (1975). Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal, p.27 “Em 1958, é criado o Ministério da Saúde, sem que tenha sido modificada a orientação das estruturas sanitárias, nem a sua orgânica, continuando a não haver uma direcção única superior para os serviços de saúde e assistência, aos quais veio juntar-se o seguro social obrigatório para certos grupos de trabalhadores (Previdência) (...) os hospitais continuavam a funcionar na linha tradicional da medicina caritativa ou comercial, até que a Previdência se desenvolveu e assumiu papel importante como organizadora de cuidados médicos para grupos de trabalhadores e suas famílias. O caminho seguido pela Previdência foi uma imitação modesta, nos meios e, muito limitada nas intenções, do que se estava a fazer na Europa neste campo» (p.27)

⁸⁴ Rodrigues, Luís A. Carvalho (coord.) (2002). Compreender os recursos humanos da saúde, p. 33.

Nesta comissão era bem evidente o poder dos médicos (Nota I, p.52), no propósito continuado de definir o que deveria ser a enfermagem, como ramo na dependência da medicina, pois a perspectiva que defendiam, situava-se na necessidade de aumentar o nível cultural do pessoal de enfermagem. Colocavam, no entanto, reservas à elevação da exigência das condições de admissão aos cursos de enfermagem geral, do primeiro para o segundo ciclo do liceu, mantendo os cursos de auxiliares na situação actual, por se considerar impossível a elevação das duas categorias de profissionais (Nota II, p.52).

A proposta formulada no âmbito do Projecto de Diploma⁸⁵ que tem vindo a ser mencionada, consistia na «manutenção» das condições de admissão nas escolas (Nota III, p.52-53).

A primeira Comissão de reforma do ensino de enfermagem que parece ter existido, de acordo com documentação idónea⁸⁶, era mencionada pelo Dr. Agostinho Pires em relação ao assunto em discussão (Apreciação do projecto de diploma sobre o exercício de enfermagem) como tendo produzido um relatório, que qualificou de notável, embora discutível, por reunir pela primeira vez em Portugal todos os elementos relativos à profissão e ao ensino das enfermeiras.

O papel da Inspeção através da referida Comissão adquiriu grande visibilidade em muitos documentos da época, pelas mais variadas razões que vão desde a fiscalização da organização e dos exames⁸⁷ à organização dos estágios⁸⁸, onde a preocupação com a preparação prática ia no sentido de melhorar a inadequada organização destes, por forma a evitar a entrega pura e simplesmente das alunas e isto no sentido de uma melhor formação técnica e moral das mesmas. Tudo isto no sentido de assumir um papel de coordenação efectivo tendo em vista a formação adequada de enfermeiros, procurando a Inspeção (para o que solicita autorização) estudar com os hospitais Civis de Lisboa e a Direcção da Escola Artur Ravara, as alterações do regime existente, condicionadas a algumas directrizes (essencialmente no que concerne à Enfermarias Escolas), sugerindo ainda que “(...) todo o trabalho de readaptação do funcionamento da Escola às novas directrizes, seja acompanhado por um delegado desta Inspeção, que procurará não só formular os termos do acordo a celebrar, como orientar a colaboração entre os dois organismos interessados para se atingir o fim em vista”(p.24).

⁸⁵ Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência.

⁸⁶ Do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência. Elementos que foram dados pelo Sr Dr Carvalho da Fonseca Comissão que elaborou o projecto de diploma sobre o exercício de enfermagem (Já assinalado adiante com o nº 115) Projecto de Acta nº 60, de Sessão do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência, realizada no dia 23 de Fevereiro de 1960, (p.5).

⁸⁷ Relatório da Inspeção da Assistência Social nº 349. Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo – Fiscalização dos exames de aptidão 1952- Realizado pelo Sub-Inspector Adriano Castilho.

⁸⁸ Relatório sobre as Enfermarias Escola, elaborado pela Inspeção da Assistência Social em 1954, (p.21).

Documentos datados de 1960⁸⁹ ilustram que a discussão acerca dos destinos da enfermagem era realizada com participantes enfermeiros, havendo a referência clara à presença dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem⁹⁰, bem como enfermeiras responsáveis por organizações de saúde⁹¹.

A perspectiva económica estava também na ordem do dia da discussão pois se por um lado havia a convicção (por quem fazia as propostas de alteração)”(...) os vencimentos devem constar do diploma a publicar, (...). É sabido que as actuais remunerações têm sido uma das principais causas porque muita gente não quer seguir a profissão de enfermagem (...)” (p.9) (Nota IV, p.53-54), mas onde o posicionamento político apontava para a ordem económica e financeira, naquela que era a posição do Governo de então⁹² “ O Sr. Ministro esclareceu que o problema dos vencimentos do pessoal de enfermagem não pode pôr-se sem olharmos às realidades. Não podemos fixar novos montantes sem saber qual a totalidade da verba que seria necessária para os suportar e sem saber se dispomos dela, trata-se de um problema que entronca no problema geral do financiamento hospitalar, que não depende inteiramente de nós”(p.9-10).

Mas para além desta questão, que era sem dúvida importante, interessa perceber de que modo, nesta reforma, as condições de acesso propostas poderiam melhorar a procura e, consequentemente, a visibilidade social da profissão de enfermagem.

Uma das áreas em que o Estado manteve a sua intervenção foi a do desenvolvimento curricular, em que, a partir de 1964 se inicia uma nova era da participação dos enfermeiros na referida construção. Foram consultadas diversas entidades e muito especialmente as sugestões dadas pelos próprios enfermeiros. Estava-se em 1964, (Diniz de Sousa, 1983, p.9).

⁸⁹ Do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência. Comissão que elaborou o projecto de diploma sobre o exercício de enfermagem constituída por: Dr. Coriolano Ferreira; Dr. Cristiano Nina; Sr Daniel Pinto; A Senhora D. Emília da Costa Macedo; Senhora D. Maria Carlota Lobato Guerra; Dr. Diniz da Fonseca (Secretário da Comissão). (Documento emitido pelo Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência, o Projecto de Diploma sobre o exercício e o ensino de Enfermagem, foi elaborado por um grupo de trabalho constituído pelos Senhores Dr. Armando Carvalho da Fonseca; enfermeira Beatriz Mello Corrêa, Dr. António Augusto de Carvalho Dias e Dr. Carlos Diniz da Fonseca).

Na página 12 deste documento é clarificado que a Comissão é presidida pelo Dr. Agostinho Pires e que esta comissão partiu dos trabalhos já desenvolvidos por uma outra comissão presidida pela Senhora D. Maria da Graça Simeão.

⁹⁰ Projecto de Acta nº 59 da Sessão do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência, realizada no dia 16 de Fevereiro de 1960.

⁹¹ A Senhora D. Maria Luísa Van Zeller diz que o projecto traria enormes dificuldades aos serviços externos do Instituto Maternal e à execução dos planos de assistência materno-infantil. Acha o trabalho externo mais duro e de maior responsabilidade. Por isso deveria ser melhor remunerado.

⁹² Esclarecimentos do Sr. Ministro no âmbito de uma sessão de discussão do Projecto de Diploma para o exercício de enfermagem, Projecto de Acta nº 61. Sessão realizada no dia 8 de Março de 1960.

Em 1965, fazia-se o ponto de situação, considerando que a última revisão dos programas e planos de estudo do ensino de base era de 1954⁹³ e a partir dessa altura muito se estudou, muitas reformas foram elaboradas e propostas, que na sua maioria representaram fruto de muito trabalho e que se constituíram como documentos valiosíssimos. A opinião era de que “(...) estamos em matéria de ensino de enfermagem exactamente como há dez anos atrás”(p.8).

Mas este não era um problema exclusivo de Portugal e, apesar do fechamento político que existia à altura, no que concerne à saúde e concretamente à enfermagem, vivia-se uma época de alguma interdependência por via das visitas que eram realizadas por entidades com responsabilidade na Saúde, bem como pela influência estrangeira que era exercida essencialmente pela OMS, no âmbito dos programas de formação de enfermeiros, que se iam desenvolvendo.

O trabalho de reformulação de todo o curso de enfermagem geral foi apresentado e discutido com a OMS através duma consultora nomeada para o efeito. O seu parecer favorável e as suas notáveis recomendações ajudou muito a prosseguir. Foi de grande utilidade o que esta consultora conhecedora de experiências noutros países, alertou para algumas possíveis dificuldades. Isto ajudou Portugal a estar preparado para as dificuldades iniciais da implantação deste novo curso (Cf. Diniz de Sousa, 1983, p.10).

Assumiu assim uma importância considerável a influência do estrangeiro na evolução do ensino de enfermagem no nosso país. Era claro para os intervenientes nas tomadas de decisão que, antes de prosseguirem na análise da situação do ensino de enfermagem no nosso país, teria interesse referir quais as tendências do ensino de enfermagem em países mais actualizados, bem como algumas recomendações feitas por organismos competentes - Organização Mundial da Saúde, Conselho Internacional de Enfermeiras e a Fundação Florence Nightingale⁹⁴.

Num Seminário da OMS em Outubro de 1962 em Espanha, foi discutida a formação de auxiliares de enfermagem, bem como o seu exercício⁹⁵. Se até esta data havia determinadas divergências sobre o ensino desta categoria de pessoal, a partir desta reunião novas ideias surgiram e muito especialmente uma orientação definitiva, fruto de muita experiência dos participantes deste seminário⁹⁶. A necessidade urgente de reorganização foi também a opinião da enfermeira da OMS (Nota V, p. 54) que em Fevereiro de 1963 se deslocou ao

⁹³ Revisão do ensino de enfermagem 1965 (Produzido em 1964, com carácter confidencial até Maio 1965).

⁹⁴ Ib. Nota anterior

⁹⁵ Documento em Papel timbrado da Direcção Geral dos Hospitais. Curso de Auxiliares de enfermagem. Julho 1965. “ No decorrer das discussões deste seminário da OMS foi (...) feita a recomendação de não existirem cursos de especialização para auxiliares de enfermagem. (...) caso haja necessidade de qualquer ensino complementar ao seu curso (...) deverá ser feito por «educação em serviço» nas instituições que reconhecessem a falta de preparação para um ou outro aspecto (...) “(p.4)

⁹⁶ Revisão do ensino de enfermagem 65 (Produzido em 1964, com carácter confidencial até Maio 1965).

nosso país, para prestar a sua colaboração para a criação de uma escola de ensino post-base ou superior (p.36).

Aquando da preparação da reforma de 1964⁹⁷, a situação da enfermagem em Portugal era desconhecida, pelo que se impunha uma análise da mesma sendo as características a avaliar fundamentalmente: ausência de dados objectivos que sirvam de fundamento para uma avaliação precisa da situação, desconhecimento das necessidades reais do país em matéria de enfermagem, falta de programação, que sem dúvida é consequência dos dois aspectos anteriormente focados.

Neste sentido foi feito um levantamento total dos recursos e necessidades de enfermagem tendentes à revisão do ensino de enfermagem. Em 1964 havia já no Ministério da Saúde um conjunto de informações e sugestões, fruto de muito trabalho de Comissões de Estudo nomeadas anteriormente para estudarem a reforma do ensino de enfermagem. Neste âmbito foi feito um «inquérito» minucioso a todas as escolas de enfermagem que revelou condições excelentes na maioria delas para implantar uma verdadeira reforma. Assim se procedeu à maior reforma do curso de enfermagem geral operada no nosso país (Nota II, p.52).

Embora esse trabalho se deva a um pequeno grupo coordenador foi com a participação das Direcções Gerais, das Escolas, das Direcções Clínicas dos Hospitais, Superintendentes de Hospitais e Institutos, do muito trabalho recolhido que se conseguiu apresentar à consideração superior, um largo documento sobre a remodelação do ensino de enfermagem.

Em sequência, foi feito um esforço no sentido de reunir, pela primeira vez, num único diploma legislativo as principais normas que poderiam, com real eficiência e vantagens positivas, presidir à reforma total da enfermagem em Portugal.

Não se pretendia apenas mais uma reorganização do ensino, mas sim elaborar um diploma em que se estruturasse devidamente toda a matéria sobre enfermagem, não esquecendo o seu exercício profissional. O ensino de enfermagem deveria ser feito por enfermeiras idóneas, excluindo as disciplinas que por sua natureza deviam competir a médicos e a outros profissionais. A perspectiva da construção da disciplina de enfermagem que se pretende compreender, começa a ter alguma visibilidade de acordo com um relatório da década de 50⁹⁸. Decorrente da análise da situação do ensino de enfermagem em Portugal, e considerados os modernos conceitos de ensino de enfermagem em todo o mundo,” (...) (é feita) uma proposta de esquema do ensino de enfermagem...”⁹⁹, pelo estudo agora feito,

⁹⁷ Ib. Nota anterior (p.41)

⁹⁸ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social (p. 97).

⁹⁹ Revisão do ensino de enfermagem 65 (Produzido em 1964, com carácter confidencial até Maio 1965. (p.42-43).

pelos conselhos dados por países experientes nesta matéria, bem como pelas entidades internacionais referidas, passou a ser mais claro como deve ser um curso geral de enfermagem e um curso de auxiliar de enfermagem.

A continuidade do Curso de Auxiliar de Enfermagem (criado em 1947) tinha-se constituído numa tentativa de compensar a falta de enfermeiros que se fazia sentir no país e, ao mesmo tempo, aliviar estes de determinadas tarefas de execução fácil e de pouca responsabilidade, situação que vinha referenciada desde a década de 50¹⁰⁰.

Apontava-se, assim, que o caminho a seguir só poderia ser o de reformar o próprio exercício da profissão, tornando-o atraente, compensador e digno, sem deixar de ser ao mesmo tempo rigorosamente disciplinado. Este era considerado o ponto central do problema, de nada servindo reorganizações de ensino se as condições de actividade das enfermeiras e enfermeiros continuassem a ser as mesmas.

Esta postura pode ser classificada como promotora da génese da componente profissional da disciplina.

Mas foi de facto com a Reforma de 1964, que deu origem ao plano de estudos de 1965, que o cenário se começou a modificar e isto porque o contexto sócio-político sofria também alterações que eram propícias às mudanças. Na área política a ascensão do grupo dos marcelistas, defensores das liberdades individuais e promotores de alternativas reformistas ao corporativismo, bem como outros factores, de que se destaca essencialmente no pós-guerra a alteração da estrutura demográfica¹⁰¹, a estrutura da população activa que se altera muito por causa da emigração (tanto interna como externa) que atinge valores elevados, com uma desertificação das zonas rurais, associadas também a um aumento de urbanização, desenvolvimento industrial e abertura do mercado de trabalho às mulheres.

Assiste-se a um aumento da procura do ensino, tanto por jovens do sexo masculino como por jovens do sexo feminino.

Nesta perspectiva impõe-se citar Cherkaoui¹⁰², de quem Grácio mobiliza o facto de que não se deve generalizar sobre o Estado em si, mas antes sobre o seu método, que consiste em confrontar as transformações institucionais com as transformações morfológicas do sistema escolar, procurando apreender as suas relações recíprocas (p.60).

Interessa procurar relacionar a evolução da intensidade da procura de educação com a evolução da rede escolar, pois um crescimento moderado dos matriculados acompanhado

¹⁰⁰ Relatório elaborado sobre a situação da enfermagem no nosso país, pela comissão coordenadora dos serviços de enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social, (p.23).

¹⁰¹ Onde ocorrem essencialmente alterações a nível da diminuição dos índices de mortalidade geral e de mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida da população portuguesa, a subida de taxa de nupcialidade e a retracção da natalidade.

¹⁰² (Autor que estudou a evolução do sistema escolar em França 1982) citado em Grácio, Sérgio(1986), p.60.

de um crescimento nulo da rede revela, por exemplo, uma procura mais intensa do que no caso em que o crescimento dos matriculados é o mesmo, mas a rede cresce (cf. *Ib.*, p.60).

Associado ao fenómeno da procura da educação, criam-se novas necessidades e hábitos nas pessoas que conduzem ao desenvolvimento de novas perspectivas na área da saúde (Nunes¹⁰³), como por exemplo as alterações dos costumes contemporâneos (como o hábito dos banhos ou o gosto pela vida ao ar livre), a evolução da moda (cabelos curtos, desaparecimento dos corpetes e roupas até ao chão, por exemplo) e a nova educação estético-física (com cânones de vitalidade do corpo) contribuíram, entre outras coisas, para desenvolver a consciência sanitária¹⁰⁴.

A influência estrangeira ocorreu também, fruto de alguma abertura que apesar de não ocorrer de forma alargada na Sociedade Portuguesa, na área da saúde é uma realidade não só pelas visitas que são realizadas por médicos a outros países, mas também porque na área da enfermagem começa a existir uma capacidade de abertura ao exterior muito por via da OMS. Atente-se que, desde a década de 40, esta abertura existia no «contexto microsocial» que era a Escola Técnica de Enfermeiras.

Entre outros factos relevantes, consideram-se como de extrema importância a “integração da Senhora Enfermeira Alves Diniz, ex-Directora da ETE, no *staff* da OMS (como consultora regional da OMS para a Europa) em 1954, com amplas repercussões na Escola e na Enfermagem do país”(Corrêa, p.246).

Outra forma de influência situava-se a nível das publicações da OMS, muito divulgadas e que funcionavam como directivas para as enfermeiras de praticamente todo o mundo e em que Portugal não fugia à regra.

A construção do currículo de 1964, mobilizou interna e externamente muitos intervenientes, conforme referido antes por Diniz de Sousa¹⁰⁵, traduzindo à época uma grande abertura tendo em vista a preocupação com o desenvolvimento da enfermagem. Num plano de acção previamente gisado, foram estabelecidas uma série de medidas de auto-valorização para a enfermagem, quer na área do ensino quer na área do exercício, tendo sido planeado a médio prazo a criação de alguns cursos de especialização de enfermagem necessários ao país. A especialização tornou-se assim evidente como variável essencial ao desenvolvimento da enfermagem, como era essencial ao desenvolvimento da sociedade. Pela análise cruzada de diferentes documentos, verifica-se que a influência da OMS poderá ter sido importante na medida em que o estímulo à participação em conferências no estrangeiro, promovendo a partilha de saberes e de experiências se revelava

¹⁰³ Nunes, Lucília (2003). Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal 1881-1998,p.89

¹⁰⁴ citado de Lessa, Almerindo – Livro da Higiene. Lisboa: Editor Nunes de Carvalho, 1936

¹⁰⁵ Comunicação proferida por Diniz de Sousa na Escola de Enfermagem de S. João do Porto em 1983. (p.23)

de grande utilidade, visitas a alguns hospitais e escolas europeias, por exemplo em Inglaterra, na Suíça, Finlândia, Suécia e Dinamarca. Desta forma eram criadas condições para o desenvolvimento da formação especializada.

No início da década de 70, por Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde e Assistência foi nomeado um grupo de trabalho, para estudo do esquema de ensino de enfermagem. O resultado deste grupo de trabalho, encontra-se no referido relatório e mobilizar-se-á em profundidade nas temáticas da Construção Social do Currículo e na Dinâmica Sócio-profissional de entre outros capítulos deste estudo.

Esta «Comissão» permitiu o desenvolvimento de reformas que estiveram na base de alterações profundas a nível curricular, sendo dada grande ênfase a modos distintos de «pensar em enfermagem», sobretudo aquando da construção do Plano de estudos de 1976 – nova reforma do ensino, sendo este elaborado com a participação dos enfermeiros, através de grupo¹⁰⁶ formado por representantes sindicais, Associações Profissionais e dos diferentes ramos de actividade: Ensino, Hospital e Saúde Pública¹⁰⁷.

É importante a noção de que apenas em 1971, com a nova reforma na saúde, se reconhece, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos e a intervenção do Estado deixa de ser supletiva para ser responsável pela política de saúde, bem como pela sua execução. Dá-se a integração de todas as actividades de saúde e assistência existentes, bem como o planeamento dessas actividades¹⁰⁸, com repercussões evidentes na construção da autonomia dos espaços formativos, o que terá tido repercussões nas mudanças que ocorreram a nível do alargamento da rede de Escolas de Enfermagem.

Na década de 70, e proveniente de uma organização diferente do ensino de enfermagem, também suportado pela existência da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem (EEAE), a capacidade de intervenção dos enfermeiros era de facto diferente. No que concerne aos docentes de enfermagem, que eram agora essencialmente enfermeiros, passaram a liderar o processo de organização e desenvolvimento do ensino.

Num relatório de 1971¹⁰⁹, o Conselho Escolar (EEAE) emitiu opinião sobre os problemas específicos do ensino de enfermagem, concretamente o caso particular da preparação dos profissionais de enfermagem. Neste documento era manifestado o apreço pelas

¹⁰⁶ Este grupo manteve-se em actividade, para que se conseguissem atingir as finalidades e objectivos do Plano de Estudos em todas as Escolas, através de reuniões periódicas para preparação e avaliação das diferentes áreas e cursos à medida que foram terminando.

¹⁰⁷ Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem que decorreu em Coimbra nos dias 5 a 10 de Abril de 1981.

¹⁰⁸ Rodrigues, Luís A. Carvalho (2002). Compreender os recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde.p.33

¹⁰⁹ Relatório sobre os projectos de Reforma do Ensino. Documento em papel timbrado do Ministério da Saúde e Assistência. Conselho Escolar da EEAE – Abril de 1971, (p.4)

características de que se revestiam os projectos elaborados pelo Ministério da Educação Nacional e, a congratulação pela oportunidade dada ao país, de sobre ele se manifestar. Existe aqui uma referência clara ao Ministério da Educação, o que é indicador do tempo e do espaço em que se discutia, já nesta altura, a questão do ensino de enfermagem como questão da educação e não apenas da saúde.

A EEAE tinha características, que se assemelhavam a alguns dos Institutos existentes na altura, noutras áreas da formação, existindo mesmo alguma relação entre essas organizações educativas, essencialmente com a Escola Nacional de Saúde Pública e o Instituto de Medicina Tropical.

A importância de que se revestia o estatuto da escola, advinha também da oportunidade de se pronunciar face a uma reforma educativa, que pela primeira vez referia como prioritário integrar o ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional salientando a opinião de que os presentes projectos representam um nítido avanço em relação ao sistema actualmente em vigor, manifestando o acordo genérico, com os princípios, as ideias base e as opções fundamentais que os enformam.

Numa lógica que seria de aproximação dos outros estabelecimentos de ensino de enfermagem a esta reforma, considerava-se que a experiência da EEAE era considerada pertinente, pela adopção dos métodos pedagógicos previstos para a utilização nas Universidades, seguidos com bons resultados nesta escola (EEAE)¹¹⁰.

Eram na altura referidos aspectos essenciais à integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, sendo identificada como principal dificuldade neste âmbito, o carácter interrelacionado do sistema proposto, não sendo possível aprofundar as soluções a adoptar em qualquer ramo específico do ensino, sem que esteja fortemente assegurada a articulação destas com a evolução do sistema no seu conjunto.

Sistematizando e de acordo com Diniz de Sousa¹¹¹, é de destacar que: entre **1958 e 1964** foi feita uma série de estudos, de trabalhos rigorosos de gabinete, com inquéritos às escolas, elaboração e projectos de legislação; de uma busca séria e científica do rumo adequado para a formação de enfermeiros; entre **1965 e 1970** foi gisado pelo Ministério da Saúde de então, um programa, com acções concretas, para melhorar as condições do ensino de enfermagem. Daqui resultou a grande reforma do ensino de enfermagem em Portugal; entre **1971 e 1983** de uma forma geral não houve uma política estável sobre o ensino de enfermagem e, apenas se tem avançado (e às vezes recuado) com certas medidas mais pontuais e mais paradigmáticas, do que de fundo¹¹². O que parece ilustrar a inexistência de «uma política de educação» para a enfermagem, mantendo-se esta à margem da política educativa nacional.

¹¹⁰ Relatório sobre os projectos de Reforma do Ensino. Documento em papel timbrado do Ministério da Saúde e Assistência. Conselho Escolar da EEAE – Abril de 1971, (p.6).

¹¹¹ Comunicação proferida por Mariana Dulce Diniz de Sousa na escola de S. João do Porto em 1983.

¹¹² Ib. p.7

Mas o grupo profissional em construção imprimia uma certa dinâmica e para além das estruturas em referência, o 1º Congresso Nacional de Enfermagem, como espaço de debate dos profissionais (de todas as áreas de actuação), ter-se-á também constituído como espaço de influência nas tomadas de decisão subsequentes?

Como referido, a reforma da saúde ocorrida em 1971, caracterizava-se pela abertura de novos horizontes, com a definição da política governamental da Saúde e Assistência, procurando obter um nível aceitável de cuidados médicos e de enfermagem, pelo que decorrente desta perspectiva foi considerada inadiável a revisão e reforma do curso de enfermagem geral, dando especial ênfase às ciências sociais e humanas, bem como a necessidade dum maior intercâmbio entre o ensino e o exercício, apelando-se já nesta altura para a formação integrada dos alunos de enfermagem, com outros profissionais de saúde. Defendia-se o aprofundamento dos objectivos das Escolas de enfermagem no sentido de aperfeiçoar a formação dos profissionais de enfermagem estimulando-os a participar em estudos de investigação, tornando-se necessário, para isso, desenvolver o espírito científico e de investigação no curso de enfermagem geral.

Quanto aos dois níveis de formação, apesar de existirem movimentos anteriores no sentido da «unificação» para um único nível, é a partir de 1974 que surge a verdadeira reforma neste sentido.

No que concerne à existência dos dois níveis de formação Diniz de Sousa questionava-se sobre as razões que teriam levado o Governo Português a extinguir o Curso de Auxiliares de Enfermagem em 1974, após uma luta reivindicativa destes profissionais? É difícil analisar esta situação (...) sem ao mesmo tempo se apreciar o papel desempenhado pelos auxiliares de enfermagem portuguesa e ao mesmo tempo analisar a situação da enfermagem portuguesa até 1974. Assistia-se à falta de candidatos ao curso de enfermagem geral motivada pelos poucos atractivos da profissão. Numa tentativa de solucionar a carência de enfermeiros, o Governo fomentou a preparação de pessoal menos qualificado e menos dispendioso tanto no processo de formação como na remuneração.

O grupo que estudou a reforma do curso de enfermagem geral (1965), propôs um Curso de Promoção de 20 meses, que não teve de facto a projecção necessária, atribuída ao facto de existir já um movimento dos auxiliares de enfermagem, que consideravam a sua experiência ser desvalorizada com a frequência deste curso, bem como ter acontecido a Revolução de Abril com a mudança de toda a conjuntura.

Apesar de ter já existido um curso de promoção para auxiliares (curso de 20 meses) após a unificação foi criada uma «Comissão Nacional do Curso de Promoção dos Enfermeiros de 3ª classe», que se abordará adiante.

Só em 1974 / 75, foi nomeado um novo grupo por S. Ex^a. o Secretário de Estado, com representantes das Escolas de enfermagem, dos Sindicatos dos Enfermeiros e da

Associação Portuguesa de Enfermeiros, que levou a termo um notável trabalho de mudança do curso de enfermagem geral especialmente na sua concepção curricular.

Esta necessidade tinha sido identificada no I Congresso Nacional de Enfermagem¹¹³ onde se propôs a criação de uma Comissão de enfermeiros para estudar pormenorizadamente a proposta feita pelo Enfermeiro Mário Rebelo¹¹⁴, sobre um esquema de ensino de enfermagem integrado e progressivo. O que ocorreu ainda em 1973, com a participação directa da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (Nota VI, p.54).

Os alunos começavam também a ter uma participação que era cada vez mais evidente, decorrente das condições sócio-políticas mais favoráveis, fazendo chegar ao Departamento de Ensino de Enfermagem do Instituto Nacional de Saúde, muitas sugestões e propostas de alteração aos actuais programas do curso de enfermagem geral. Também algumas escolas, através dos seus órgãos competentes remetiam idênticas propostas.

O Processo de Integração no Sistema Educativo Nacional

É na década de 70 que se começa a considerar com maior ênfase a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior que era assim caracterizado num relatório de 1973¹¹⁵.

De acordo com a nota introdutória do Plano de estudos do Curso de 1976¹¹⁶, considerava-se que a circunstância de a formação dos enfermeiros, neste país, se ter feito sempre à margem do Sistema Educativo Nacional, tem sido um dos factores mais responsáveis pelo estagnamento do estatuto da profissão. Propôs-se que a presente estruturação enquadrasse os Cursos de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, pelo reconhecimento da formação humana, científica e técnica dos enfermeiros, e que lhes conferisse equiparação para prosseguimento de estudos a nível superior.

¹¹³ I Congresso Nacional de Enfermagem. Comunicações Livres. Lisboa. Novembro de 1973.

¹¹⁴ Enfermeiro professor na Escola Artur Ravara e Técnico de Enfermagem no DEE.

¹¹⁵ Documento em papel não timbrado – Bases para a criação do curso Superior de enfermagem. Março de 1973. 58 páginas. “ (...) considerar os objectivos do ensino superior (...) proposta de lei nº 25/X – reforma do Sistema educativo – (...) redacção do parecer da Câmara Corporativa nº 50 / X (Secretaria da Assembleia Nacional e a Câmara Corporativa – Actas da Câmara Corporativa nº 146, 16/8/78, p.10). (...) o ensino superior sucede ao curso complementar do ensino secundário ou equivalente; (...) tem (...) (como) objectivos fundamentais: (...) desenvolver o espírito científico, crítico e criador e proporcionar uma preparação cultural, científica e técnica que permite a inserção na vida profissional; (...) continuar a formação integral dos indivíduos, pela promoção de estudos em domínios do conhecimento diferentes do correspondente ao curso escolhido, de modo a ampliar a sua dimensão cultural e integrá-los melhor na sociedade; (...) suscitar um permanente desejo de aperfeiçoamento cultural e profissional e facultar a sua concretização mediante formas adequadas de formação permanente; (...) incentivar o gosto pela investigação nos diversos ramos do saber, com vista ao alargamento das fronteiras de ciência e à criação e difusão da cultura; (...) estimular o interesse pelos assuntos nacionais e regionais e o estado dos problemas da comunidade (...)” (pp.24-25).

¹¹⁶ Curso de Enfermagem Geral. Plano de estudos. Livro verde. Curso aprovado por Despacho de Sua Ex^a. O Secretário de Estado da Saúde em 8/8/76. Plano de estudos e programas.

Esta medida enquadrava-se na altura, com a legislação que criava o ensino superior de curta duração¹¹⁷.

A questão que se coloca é saber se as reservas que existiam acerca desta reforma educativa, não terão de alguma forma impedido de concretizar a vontade expressa do grupo profissional dos enfermeiros, para além da obstrução classicamente atribuída ao poder médico para impedir a tão ansiada integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional.

Aceitava-se na altura que a reconversão dos antigos Institutos e escolas de ensino médio se pudesse aceitar num processo evolutivo das estruturas de ensino em Portugal. No entanto, essa reconversão não veio corrigir as tendências anteriormente existentes. Procurou-se uma transformação dos antigos planos de estudo, aproximando-se do ensino ministrado nos estabelecimentos universitários¹¹⁸.

A reforma do sistema educativo nacional com a criação primeiro, do ensino superior de curta duração e posteriormente do Ensino Superior Politécnico, criou uma instabilidade nas que eram as «diferenças» entre os dois subsistemas de ensino superior, nem sempre totalmente conseguidas, na medida em que “Aumentou-se a produção de diplomados portadores de uma formação teórica semelhante à conferida pelas escolas universitárias (...) com diferente duração dos (...) cursos, sem (...) ter havido a preocupação de se estudar a correspondência entre a quantidade de diplomados a formar, pelas escolas e institutos criados ao abrigo (..) dos decretos leis e as reais necessidade do país, de que tem resultado um evidente desequilíbrio, que poderá vir a ter graves repercussões sociais e económicas”(Cf. p.2492 -5) e, que se poderá ter em conta como um dos constrangimentos que prolongou a tomada de decisão em relação à integração do ensino de enfermagem, por mais de uma década.

Havia alguns anos (desde a sua criação) que os serviços centrais responsáveis pela enfermagem, e sobretudo após a publicação do Decreto Lei nº 427-B/77 de 14 de Outubro, que o Departamento de Ensino de Enfermagem (DEE) fazia diligências para que o ensino de enfermagem fosse integrado no Sistema Educativo Nacional. No sentido de concretizar esse projecto, foram promovidas reuniões entre as entidades responsáveis do MEIC/MEC e a Direcção do INSA, e apesar destas reuniões de carácter informativo decorrerem, existiam dificuldades a nível ministerial quase intransponíveis, que impediram o desenvolvimento do processo.

¹¹⁷ Decreto Lei nº 427-B/77, de 14 de Outubro. Institui o ensino Superior de Curta Duração, (p.2492).

¹¹⁸ Ib. (p.2492-5)

No final da década de 70, pareciam estar finalmente definidas as condições para a grande reforma política da formação em enfermagem¹¹⁹ “pela lei nº 61/78 de 28 de Julho que instituiu o ensino superior de curta duração (artigo 10º), era referido que até ao início do ano lectivo de 1979-1980, fossem definidas por lei as condições em que as escolas de enfermagem pudessem ser reconvertidas em Escolas Superiores de Enfermagem – artº 2º, nº 3”.

Numa reunião¹²⁰ entre técnicos do DEE e técnicos do «Gabinete de Coordenação das Actividades do Ensino Superior de Curta Duração», os contactos com os serviços directamente implicados no processo pressupunha o entendimento prévio entre as equipas ministeriais. Da parte do DEE era entendido que a formação de todos os técnicos de saúde devia ser da responsabilidade de um único departamento que planeasse, orientasse e coordenasse essa formação. Considerava-se indispensável que essa formação estivesse integrada no sistema educativo nacional, independentemente do Ministério em que o Departamento atrás referido estivesse localizado. Na sequência das diligências desenvolvidas, o DEE formulava a pretensão de que a nível superior fossem feitas as diligências necessárias para que fosse possível encetar o processo de integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional (Nota VII, p.54-55).

Quanto à tutela do ensino de enfermagem a posição do DEE era que deveria ser a mesma que para as outras formações da área da saúde. Era, no entanto, questionado o que aconteceria às Escolas que não reunissem condições para serem reconvertidas em escolas superiores de enfermagem. A continuar o seu funcionamento, que tipo de profissional de enfermagem formaria e para fazer o quê? (...) a existência de mais que um tipo de profissional de enfermagem não iria ressuscitar o problema da relação auxiliar de enfermagem / enfermeiro?

Desde 1940 que existia em Portugal uma Escola de Enfermagem sob a tutela do Ministério da Educação, por estar integrada no Instituto Português de Oncologia de Lisboa .

A 2 de Agosto de 1980, as outras escolas e o próprio DEE foram confrontados com a tomada de decisão política em considerar a referida escola integrada a nível do Ensino Superior Politécnico, o que suscitou a contestação de escolas e professores, criando um novo impasse no processo de integração (Nota VIII, p.55) .

Em 18 de Abril de 1984, foi publicado um Despacho Conjunto do Ministério da Saúde e do Secretário de Estado do Ensino Superior , constituindo uma nova Comissão de Reforma integrando representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado do Ensino

¹¹⁹ Documento oficial em papel timbrado do Ministério dos Assuntos Sociais, do Secretário de Estado ao Gabinete de Estudos e Planeamento. Assunto: Política Nacional de Formação em Enfermagem. Secretaria de Estado da Saúde. 14 de Novembro de 1979. (p.1)

¹²⁰ ocorrida em 14.3.78

Superior com a finalidade de estudar e propor as bases da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional.

Do primeiro relatório¹²¹ produzido pelo grupo de trabalho antes referido, é relevada a integração do Ensino de enfermagem no ensino superior, à semelhança da maioria dos países da Comunidade Económica Europeia em que é um facto consumado ou uma tendência irreversível, pelo que as decisões agora tomadas deverão preparar essa evolução no nosso país. Apesar do processo de integração ter iniciado em 1978 com a publicação da lei nº 61/78 de 29 de Julho, até à data (1984) não foram tomadas medidas necessárias para a dita integração. Pelo despacho conjunto antes referido foram clarificadas orientações ao referido processo de integração, no que respeita às bases da integração do ensino de enfermagem, definindo os princípios fundamentais da mesma¹²².

O «clima» de trabalho não era muito favorável em consequência da integração «unilateral» da ETE ao nível do Ensino Superior Politécnico, facto que colocou entropia no desenvolvimento do trabalho em equipa, acabando por ocorrer uma proposta de Anteprojecto de Decreto Lei para a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional pelos elementos do grupo pertencente ao Ministério da Saúde, em separado.

¹²¹ Primeiro relatório elaborado pelo grupo de trabalho nomeado por despacho conjunto de 17 de Maio de 1984, pelo Secretário de estado do ensino Superior e pelo Ministro da Saúde. Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema educativo Nacional. 27 de Julho de 1984 (p.2).

¹²² (...) a educação em enfermagem é de nível superior e deverá garantir o equilíbrio entre a competência técnica e profissional. (...) a educação em enfermagem será da dupla tutela do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, de acordo com as condições que superiormente venham a ser definidas na sequência do protocolo de colaboração genérica a celebrar entre os dois Ministérios. (...) Deverá continuar a haver um só nível de formação de base em enfermagem pelo que o actual curso de enfermagem geral será substituído pelo curso superior de enfermagem que conferirá o grau académico de bacharel. (...) existirão estudos superiores especializados em enfermagem (estudos avançados pós bacharelato) que, para efeitos de função pública e de continuação de estudos serão equivalentes a licenciatura. (...) aos graus académicos que vierem a ser conferidos pelos vários cursos de enfermagem poderão ter acesso os enfermeiros já diplomados mediante apreciação curricular, eventualmente acrescida de formação complementar. (...) necessário (...) estudar e preparar (...) uma série de diplomas legais. A esta tarefa deverá ficar dedicado a tempo inteiro um grupo de técnicos devidamente conhecedores desta problemática e capazes de estudar e apresentar os projectos de diplomas adequados.

(...) determina-se:

(...) para efeitos do artigo 29º do Decreto Lei nº 41/84 de 3 de Fevereiro é considerado projecto de importância prioritária o estudo e preparação dos diplomas legais relativos a:

(...) criação dos cursos superiores de enfermagem dos diferentes níveis académicos, com fixação de critérios de apreciação curricular dos actuais enfermeiros (...); (...) para realização do projecto (...) artigo 29º do mesmo DL, são afectos colectivamente os seguintes enfermeiros: Em representação do Ministério da Saúde – Dília Almeida Ribeiro (Escola de S. Vicente de Paulo); Maria Rosa Pina Cabral (Escola de Enfermagem Pós Básica de Lisboa); Romeu dos Santos Carmo (DEE).

Em representação da Secretaria de Estado do Ensino Superior: Maria Cecília Pereira Serrão; Alice Gentil Martins; Maria Isabel Trincão Farinha Bento da Cunha (ETE – Instituto Português de Oncologia – Francisco Gentil)”.

No relatório produzido por este grupo de trabalho (apenas os representantes do Ministério da Saúde) são identificados alguns aspectos pertinente para a compreensão do fenómeno em estudo, nos domínios – actores e contextos, respectivamente professores e escolas.

No que respeita ao reconhecimento académico da formação obtida com os diferentes cursos de enfermagem, definiam-se as bases do mesmo, assegurando que não haveria qualquer aumento de encargo além do que se verificava à altura¹²³. Quanto às condições a adquirir para a integração, propunha-se a prioridade para os enfermeiros docentes possuidores de uma licenciatura conferida por Universidades Portuguesas ou equivalente na admissão aos cursos de mestrado em Ciências da Educação e outros que se revistam de interesse para a Educação em enfermagem.

No que respeita aos contextos e concretamente às Escolas de Enfermagem que não preenchiam os requisitos necessários à sua reconversão era proposto a fixação de um prazo (que podia prolongar-se até cinco anos) para adquirirem as condições que lhes permitissem leccionar os novos cursos. Poderiam ser criadas escolas e faculdades que permitissem a plena implementação do modelo proposto.

Havia uma consciência cada vez maior da importância da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, embora existissem também muitas questões que eram colocadas tanto individual como colectivamente, através das instituições ou através das organizações profissionais.

Bessa¹²⁴, questionava-se sobre o que significava concretamente a integração no Sistema Educativo Nacional e fazia-o a partir da Reforma Educativa consubstanciada pela Lei de Bases da Educação (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro) (Nota IX, p.55).

Das conclusões das Jornadas de estudo sobre o Ensino de Enfermagem¹²⁵ a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior, emergia a melhoria da formação dos enfermeiros e a correspondente capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. A integração era um processo irreversível, na medida em que “estavam reunidas todas as condições para a decisão governamental: estão feitos os estudos preliminares necessários; as habilitações académicas exigidas para a admissão ao Curso de Enfermagem Geral são idênticas às exigidas para a entrada no ensino superior; a duração do curso de enfermagem já é de três anos; a legislação está há muito preparada e os enfermeiros já se pronunciaram favoravelmente; a tendência actual do

¹²³ Documento em papel timbrado “Anteprojecto do Decreto Lei par a integração do ensino de enfermagem no Sistema educativo Nacional” Proposta elaborada por En^{ra}. Dília Almeida Ribeiro; En^{ra}. Rosa Pina Cabral e En^{ra}. Romeu dos santos Carmo. (p.3)

¹²⁴ Bessa, Maria Aurora (1987). A integração do ensino de enfermagem no Sistema educativo Nacional. Sua importância para o desenvolvimento sanitário do país. Revista de Enfermagem, vol35, nº 1, Jan – Fev., p. 7-15. (p.2)

¹²⁵ Documento enviado por três enfermeiras (Emília Maria Costa Macedo, Salles Luís e Palmira Soares dos Santos) ao DEE. Jornadas de estudo «Ensino de Enfermagem - Reflexões 86. Realizadas em 28 e 29 de Novembro.

ensino superior de não ser apenas académico, mas ligar-se também à realidade do mundo do trabalho já é praticada, desde há muito no ensino da enfermagem”(p.2), sendo esta última uma das premissas mais consistentes para a existência de uma disciplina que se desenvolveu em torno das componentes académica e profissional.

A questão a colocar, quanto ao tempo que passou desde a primeira referência legislativa à importância da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional (1978) até à data em que a mesma se vem a verificar, é se pode existir alguma relação com a própria reforma de 1986, de que decorre a nova Lei de Bases da Educação.

Parece ser esta uma hipótese, já que tanto individualmente (Bessa, 1987) como colectivamente (as organizações profissionais, se pronunciavam sobre esta matéria), considerando que a revisão só não foi feita por se aguardar o momento do reconhecimento do ensino de enfermagem integrado no Sub - sistema do ensino superior politécnico.

Os Sindicatos que não exerceram uma acção promotora deste processo, vinham agora posicionar-se face à situação¹²⁶, considerando ser claro o reconhecimento de que o ensino de enfermagem no sistema educativo nacional é uma necessidade urgente a concretizar. Sugeriam ainda ser importante garantir um único nível de formação básica; ser um esquema de ensino que conferisse graus académicos iguais aos dos outros cursos de nível superior; ser um esquema de ensino que não cortasse as expectativas em termos de futura formação aos actuais enfermeiros, através do reconhecimento da formação em enfermagem; ser um esquema de ensino que garantisse a continuidade de formação de novos enfermeiros de acordo com as necessidades do país.

Os Sindicatos nesta época, consideravam que a integração do Ensino de enfermagem no Sistema educativo Nacional a nível superior, era um passo decisivo para a evolução da enfermagem, porque: colocava a formação de enfermeiros a nível do ensino que no nosso sistema social é reconhecido com a capacidade de intervir na área científica. Criava mais condições para o progresso científico da profissão. Eliminava desigualdades hoje existentes para os jovens que entram em estabelecimentos de ensino superior.

Diniz de Sousa (1983, p.32) posicionava-se face à demora da integração referindo que o ensino de enfermagem, mantém-se numa situação discriminatória relativa a outros cursos com a mesma formação e as mesmas exigências. Esta situação provocava descontentamento e diversas tensões, essencialmente porque aos enfermeiros eram negados graus académicos. Na década de 80 éramos dos poucos países (da Europa o único) onde não existia formação a nível superior/universitário, nem a nível dos cursos de especialização, ensino ou administração.

¹²⁶ Documentos em papel timbrado – Sindicato dos Enfermeiros da Zona Sul e Região da Madeira e dos Açores. Integração Do ensino de enfermagem . 28 de Janeiro de 1987 e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Ensino Superior.

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior é uma expressão que há muito foi introduzida na linguagem portuguesa, promovendo debates e outros desenvolvimentos como se tem vindo a analisar. Este é um assunto complexo no âmbito da mudança no campo da educação, porque mobiliza os indivíduos implicados na mudança, a dimensão institucional que frequentemente colocava em confronto perspectivas evolutivas e valores existentes, emergindo como facto principal a importância atribuída às vantagens ou aos inconvenientes que as pessoas implicadas esperam ou receiam da mudança.

A análise destes posicionamentos levou à necessidade de compreender se a integração no Sistema Educativo Nacional se constituiu como uma reivindicação ou não, do grupo profissional dos enfermeiros.

Em 1988, acontece finalmente a integração do ensino no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico, pelo Decreto Lei nº 480 /88, de 23 de Dezembro.

Os docentes de enfermagem posicionavam-se face a este diploma, demonstrando uma consciência muito clara do que eram as exigências que se colocavam a esta integração que definitivamente acontecera, e que após longas décadas de construção autónoma, passavam a estar definitivamente criados os pressupostos ao desenvolvimento do ensino a nível superior: reconhecimento social do desenvolvimento do ensino de enfermagem no país; o desafio de uma reforma educativa no âmbito da enfermagem, a qual tinha de se inserir no contexto de uma reforma mais vasta que era a de todo o sistema educativo nacional, preconizada na Lei nº 46/86 de 14 de Outubro. Para isto foi importante o trabalho de análise e reflexão aprofundadas no contexto em que seria aplicada, assentando nas realidades concretas do país, da região, da instituição, em que se pretende aplicar e nas perspectivas da sua evolução, tendo em vista um determinado cenário desejável desse país, região e instituição.

Muitos foram os constrangimentos identificados, e que dificultaram o desenvolvimento deste processo de integração, ao longo dos dez anos em que ocorreu de forma mais concertada, com o que era a tentativa de definir uma política consentânea com o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e enquanto disciplina.

Os constrangimentos ocorriam também por via do grupo profissional dos médicos, através de alguns dos seus representantes que, detendo o poder de decisão na área da saúde, exerciam simultaneamente uma grande influência na área política. Este aspecto é demonstrado claramente pela posição que alguns médicos tomaram a propósito do processo de integração¹²⁷, considerando a relação entre as habilitações de acesso (12º ano), a duração do curso (3 ou 4 anos), o grau académico (bacharelato), como insólita e contraditória aos interesses da Saúde e a uma gestão racional dos recursos sempre escassos do Ministério.

¹²⁷ Documento em papel não timbrado dirigido por um grupo de médicos ao Dr. Faria de Almeida, Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde. 28/10/88. António Rendas; Luís Sobrinho e Fernando Nolasco.

No que concerne ao plano único que sempre existiu em Portugal, desde a primeira organização do ensino de enfermagem em 1947, embora tenham evoluído as formas de participação nas reformas que foram ocorrendo, o plano de estudos de 1987, embora como plano único, foi aquele em que mais visível foi a participação efectiva dos diferentes intervenientes na área da enfermagem, consubstanciada pelo processo avaliativo dos três cursos de enfermagem geral¹²⁸, aprovado em 9.8.76 o qual previa a realização de avaliações anuais que introduzissem adaptações e/ou alterações necessárias ao seu bom funcionamento, apontando para uma revisão total num prazo superior a cinco anos. Neste sentido foram feitas avaliações periódicas aos três primeiros cursos: 1977/79; 1978/1980 e 1979/81, de que resultou a introdução de algumas alterações pontuais, embora sem se ter realizado a revisão curricular prevista¹²⁹.

Na sequência desta estratégia, em 1987 aconteceu uma «quasi – reforma» que pode ser considerada como uma transição entre o plano de estudos de 1976 e o plano da reforma de 1988, que deu origem ao primeiro curso superior de enfermagem em 1990.

Em relação ao plano de estudos de 1987¹³⁰ era apresentada como mais valia, o facto de a avaliação do plano de estudos de 1976, mobilizar não só as sugestões e orientações dadas pelas escolas de enfermagem nas avaliações realizadas aos três cursos atrás mencionados, mas considerar também novos elementos resultantes da evolução na sociedade portuguesa, quer a nível técnico-científico, quer a nível político-social. Coincidiu esta revisão curricular com a integração de Portugal na Europa, passando a Directiva da CEE nº 77/453/CEE, relativa ao ensino de enfermagem a estabelecer as orientações que Portugal devia considerar. Foram também considerados alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas idênticas às do ensino superior que facilitassem a Integração do Ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, meta já prevista em 1976 e explícita na introdução ao Curso de Enfermagem Geral.

O Relacionamento dos serviços centrais com as «Escolas»

Da perspectiva reformista ao papel regulador do Estado foram sendo desenvolvidos mecanismos que, quando analisados, permitem compreender como é que o relacionamento

¹²⁸ Circular informativa nº 4 de 18.2.80. Curso Geral de Enfermagem. Do DEE para todas as escolas dependentes do INSA. “ Para os devidos efeitos se informa que enquanto não for revogado o Decreto Lei nº 38.884 de 28.8.52, o Curso de Enfermagem deve manter a designação consagrada na Lei. Assim, para todos os efeitos legais, deve constar Curso de Enfermagem Geral”(p.1).

¹²⁹ Curso de Enfermagem Geral. Plano de estudos e Programas. Aprovado por Despacho de 24.9.87, por Sua Ex^a. O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, (p.1).

¹³⁰ Curso de Enfermagem Geral. Plano de estudos e Programas, aprovado por despacho de 24.9.87, de sua Ex^a. o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, (p.2).

entre o Estado e as Escolas, se constituiu ou não num processo de autonomização para as últimas.

Situando o início da análise na década de 50, como era feita a coordenação da enfermagem tanto a nível do ensino como a nível do exercício, pelo organismo que desempenhava esse papel? A Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, que funcionava junto do Subsecretariado da Inspeção da Assistência Social, era a entidade que tinha por missão fazer a referida coordenação.

Esta referência é feita num relatório elaborado em 1957¹³¹ “(...) após a criação do Subsecretariado da Assistência Social, (...) o problema da Enfermagem passou a merecer do governo português atenção muito especial”

O controle do grupo profissional, suscitava uma proposta que contemplava a criação de um serviço central que coordenasse o registo profissional, por forma a que a enfermagem só pudesse ser exercida por indivíduos devidamente habilitados e inscritos no serviço a criar¹³².

Acerca do relacionamento entre as organizações e os Serviços Centrais, é evidente a participação das diferentes estruturas na discussão¹³³, após a criação do subsecretariado da Assistência Social, o problema da Enfermagem passou a merecer do governo português atenção muito especial, sendo simultaneamente assumido que o exercício e o ensino da profissão necessitam ser superiormente inspeccionados e orientados por um organismo coordenador dos serviços de enfermagem¹³⁴ “...para uma maior autonomia convinha que funcionasse na dependência directa do subsecretário de estado da Assistência Social”.

No início da década de 60 dá-se um passo muito importante na «centralização» das questões inerentes à Enfermagem (ensino e exercício), com a criação da Inspeção Técnica de Enfermagem¹³⁵ junto da Direcção Geral dos Hospitais, constituindo-se num passo

¹³¹ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão coordenadora dos serviços de enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social. (p.15)

¹³² Ib. p.9

¹³³ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão coordenadora dos serviços de enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social.

¹³⁴ Aparentemente é esta a génese dos Serviços de Centrais com responsabilidade e representatividade da Enfermagem. (p.94)

¹³⁵ Criada em 1961 e donde se releva o papel da Enfermeira Maria Fernanda Resende, estrutura a que Cristiano Nina aparentemente se referia “ se concluirmos pela urgente necessidade de prestigiar a profissão, teremos de ponderar se entre nós o ensino técnico de enfermagem já atingiu suficiente grau de diferenciação e de desenvolvimento equiparáveis aos países evoluídos e, sobretudo, se existe no nosso meio um escol de enfermeiras graduadas que possa assumir idoneamente a responsabilidade de comparticipar, representativamente, num órgão superior da administração pública – Direcção dos Serviços Técnicos de Enfermagem – capaz de estruturar um Estatuto profissional e de servir de categorizado centro de informação ministerial na solução de todos os problemas da classe. Ora, em ambos os aspectos, suponho de elementar justiça uma resposta afirmativa.” Posição sobre Enfermagem, por Cristiano Nina, anexo à acta nº 61-Projecto de acta nº 61, Sessão realizada no dia 8 de Março de 1960, p.4

essencial para melhorar a orgânica dos serviços que superintendiam a enfermagem. Foi de extrema importância o trabalho da Enfermeira Maria Fernanda Resende, primeira enfermeira que dirigiu este serviço central de enfermagem¹³⁶.

Em documento da época¹³⁷ a situação era ilustrada pela grande dispersão, pois nos termos da Lei a orientação do ensino de enfermagem e a resolução de alguns aspectos disciplinares cabem à Inspeção de Assistência Social; o registo profissional dos enfermeiros e, bem assim, a fiscalização das «profissões auxiliares» da Medicina estão cometidas à Direcção Geral de Saúde (nº 27, do artigo 15º, do Decreto Lei nº 35.108); finalmente certos aspectos do ensino e até do exercício da enfermagem, dependem dos Hospitais. Isto sem falar na competência do Sindicato, que de momento tem menor interesse. Pelo que era defendido que a criação de um serviço, dotado da suficiente autonomia e, votado, exclusivamente ao problema de enfermagem, se constituía uma urgente necessidade. Releva-se a importância da criação desta estrutura na medida em que foi a partir dela que as mudanças foram mais evidentes.

Na sequência, surge a proposta de designação de um «Serviço Técnico de Enfermagem»¹³⁸ em que o posicionamento quanto à proposta de articulado apontava o seguinte “(Artº. 37º) A designação «Serviço Técnico de enfermagem» parece-nos (...) imprópria. O que ela deve conter é, sim, uma referência à função ou actividade que vai orientar e fiscalizar o ensino. Propõe-se assim, a designação de Direcção dos Serviços de Ensino de Enfermagem ou simplesmente Serviços de Ensino de Enfermagem”(p.11), o que pode ser entendido como a procura da diferenciação dos problemas do ensino da enfermagem, com as questões do exercício, na continuidade do que foi a construção da autonomização das escolas em relação aos hospitais com consequente clarificação da missão das organizações, com início à reforma de 1952.

Na altura não parecia essencial que o serviço de ensino de enfermagem fosse necessariamente dirigido por um enfermeiro. O que era essencial, era que no serviço estivesse assegurada uma forte representação, de técnicos de enfermagem competentes e experimentados, cujas actividades fossem orientadas e coordenadas por alguém que fosse necessariamente um pedagogo. O acento técnico deveria recair não na qualidade de enfermeiro, mas na qualidade de educador. Recorde-se que nesta época, os educadores (professores de enfermeiros) não eram ainda os enfermeiros.

¹³⁶ Apontava-se então que, para a constituição “(...) do Conselho Técnico deste serviço, deveriam fazer parte: Enfermeira representante do Serviço de Enfermagem da Direcção geral dos Hospitais; Enfermeiras Directoras de Escolas e hospitais; Enfermeiras representantes de Associações profissionais (Sindicatos e ANEC); Médicos; Pedagogos e Administradores (Hospitalares e de Saúde Pública)”(p.12).

¹³⁷ Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência. Posição tomada pelo Dr. A. Lobo da Costa em Março de 1960. Lisboa, (p.9).

¹³⁸ Documento em papel timbrado do Hospital de Santa Maria – Apreciação do projecto de diploma que reforma o ensino de enfermagem. Datado de Novembro de 1961.

Uma das competências deste Serviço Central, consistiria essencialmente na efectivação total do estudo e programas necessários à reforma do ensino, em colaboração com o Serviço de Enfermagem Hospitalar, único que representava o exercício¹³⁹.

Passou a caber à Direcção Geral dos Serviços de Enfermagem, a orientação superior das actividades de enfermagem e do seu ensino, que funcionou na Secretaria Geral do Ministério da Saúde e Assistência, sendo constituída por uma enfermeira directora e por três enfermeiras que se ocupavam dos sectores de Administração Hospitalar, de Saúde Pública e do Ensino, sendo os providos, por escolha, entre enfermeiros de reconhecido mérito e capacidade para o exercício das respectivas funções, habilitados com o curso superior de enfermagem¹⁴⁰, (Nota X, p.55-56) podendo afirmar-se que este Serviço se constituiu na génese do futuro Departamento de Ensino de Enfermagem (DEE), que tendo iniciado o seu percurso no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, viu a sua continuidade no Departamento de Recursos Humanos da Saúde, do Ministério da Saúde.

Antes, no entanto, de passar à abordagem do DEE¹⁴¹ como serviço Central, torna-se importante captar um pouco mais profundamente qual era o espírito de quem defendia um Serviço Central no âmbito do que era designado à altura, pela orientação das actividades de enfermagem e do seu ensino.

Para isto, era preconizado “(...) constituir a Direcção dos Serviços de Enfermagem, um serviço técnico(...) pois como serviço técnico deve ser dotado da suficiente autonomia que lhe permita um mais fácil desenvolvimento; (...) ficando deste modo em posição de poder exercer equitativamente as suas funções junto de todas as Direcções Gerais, Institutos e Serviços que tenham, no seu âmbito, actividades próprias à enfermagem¹⁴²”(p.1).

Esta é uma postura que denota por um lado uma centralização das decisões quanto ao desenvolvimento do ensino de enfermagem (próprio da situação política que se vivia na altura), mas onde também se pode encontrar uma lógica de procura de estabilização da condução do ensino de enfermagem, cada vez mais da responsabilidade dos enfermeiros e, essencialmente a tentativa de diminuir a dispersão dos serviços onde se decidia sobre

¹³⁹ Documento em papel não timbrado. Parecer sobre o projecto de Decreto Lei sobre o ensino de enfermagem. Direcção geral. 19/6/62.

¹⁴⁰ Documento (Relatório) emitido pelo Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência – Projecto de Diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem, elaborado por um grupo de trabalho constituído pelo Dr. Armando Carvalho da Fonseca, Enfermeira Beatriz Mello Corrêa, Dr. António Augusto de Carvalho Dias e Dr. Carlos Diniz da Fonseca. Com despacho ilegível de 29 de Março de 1960.

¹⁴¹ Em 1974, foi criado o Departamento do Ensino de Enfermagem (DEE) sob a tutela do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), para aí transitando todos os assuntos relativos ao Ensino da Enfermagem, que até então foram da competência da Direcção geral dos Hospitais (DGH). In: Corrêa (2002, p.366)

¹⁴² Documento não identificado, datado de 4 de Abril de 1964. Apontamentos acerca dos serviços de enfermagem, no âmbito da reforma do exercício e do ensino de Enfermagem.

enfermagem, existindo por vezes, mesmo contradição, em relação às medidas tomadas essencialmente por via dos diferentes objectivos de quem as tomava.

Sistematizando, no que concerne à evolução dos Serviços Centrais, anteriormente a 1962, o ensino de enfermagem dependia da Inspeção da Assistência Social e aos enfermeiros era pedido, quando era, um parecer muito limitado sobre o Plano de Estudos; em 1962, é chamada a exercer funções como Directora do Serviço da Direcção Geral dos Hospitais, a Sr^a Enfermeira Fernanda Resende, cargo exercido pela 1^a vez por uma enfermeira. Ficou criado o 1^o Serviço Central de Enfermagem; em 1964, criação do sector de Ensino de Enfermagem, constituído por enfermeiros com funções de orientação e coordenação das Escolas de Enfermagem, só assim é possível a reforma do Ensino em 1965 com um novo Plano de Estudos, sendo para o efeito ouvidos os enfermeiros. Em 1974, o Ensino de Enfermagem passa a ter um departamento específico, inserido no Instituto Nacional de Saúde – Departamento de Ensino de Enfermagem, composto por enfermeiras (cf. p.93)¹⁴³.

De acordo com esta reforma¹⁴⁴, está previsto como serviço de coordenação da Enfermagem, na Direcção Geral dos Hospitais (artº. 38º) a Inspeção Superior de Acção Hospitalar (artº 39º), a qual integra a Inspeção Técnica de Enfermagem, alínea c) do mesmo artigo (como ¹⁴⁵serviço).

Em 1974 foi criado o DEE¹⁴⁶ junto do INSA.

Embora não se desenvolva esta questão neste espaço, considera-se importante referir a valorização da avaliação do Plano de Estudos de 1976, pelo DEE, avaliação essa que se iniciou em 1980, após o término do primeiro curso ¹⁴⁷, onde participavam nos grupos de avaliação além das escolas de enfermagem, um elemento do DEE (coordenador) e um elemento do grupo que planeou o novo curso de Enfermagem (relator). As conclusões finais de cada grupo de trabalho, facilitaram o conhecimento do que se passava em cada uma das escolas de enfermagem, com a colaboração de todos os participantes.

O Departamento do Ensino de Enfermagem (DEE) foi um serviço essencialmente coordenador do processo de avaliação, sistematizando as propostas recebidas sobre as alterações ao curso de enfermagem geral, promovendo a participação de todos os

¹⁴³ Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem que decorreu em Coimbra nos dias 5 a 10 de Abril de 1981.

¹⁴⁴ Decreto Lei nº 413/71 de 17 de Setembro

¹⁴⁵ A Inspeção Técnica de Enfermagem (...) dirigida por funcionário da respectiva carreira de categoria não inferior a técnico de 1^a classe.

¹⁴⁶ Documento oficial do INSA – DEE. Proposta de algumas alterações ao actual curso de Enfermagem Geral, até que novos planos de estudo e programas (agora em estudo) sejam postos em execução, baseada em diversas sugestões, críticas e propostas dos actuais alunos, órgãos de gestão e direcção das escolas de enfermagem. 14 de Fevereiro de 1975.

¹⁴⁷ Documento em papel timbrado do INSA DEE – Resultados da Avaliação da 2^a área de aprendizagem do 3^o curso de enfermagem. Reunião de 19 e 20 de Novembro de 1980.

intervenientes no processo pedagógico nas Escolas de enfermagem e encaminhando aos órgãos competentes as sugestões provenientes de alunos e professores através dos órgãos respectivos de cada Escola, sendo importante lembrar que se vivia um período de grandes mudanças sociais e onde se aprendia a democracia como processo de participação.

Esta lógica insere-se numa dinâmica sócio-política em construção no país, a partir de Abril de 74, onde se apelava (a partir de um órgão central) à democraticidade nas escolas.

O Departamento de Ensino de Enfermagem (Nota XI, p.56-57) assumiu um papel importante na condução da construção da autonomia em enfermagem, sendo de equacionar os factores conducentes a esta realidade e dos quais se relevam:

A presença de técnicos de enfermagem que possuíam um conhecimento efectivo da realidade nacional e internacional.

A respeitabilidade e o credencialismo dos mesmos em termos de influência na definição de estratégias para o desenvolvimento da enfermagem.

A promoção da abertura à participação das escolas na «sua» construção e na afirmação nacional.

Como principais constrangimentos, podem referir-se:

Os decorrentes da situação política e social que foram evoluindo ao longo das décadas em análise (relevam-se essencialmente as reformas a nível da educação e da saúde que influenciaram a dinâmica da formação e da profissão de enfermagem).

A dupla função do Ministério da Saúde como formador e como empregador.

O período demasiado longo no que se refere à condução do processo de integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional.

Funcionou no Departamento no Ministério da Saúde, até à integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional que conduziu à sua extinção, relevando-se o facto dos enfermeiros ficarem ausentes dos organismos centrais, o que não acontecia desde o início da década de 60.

CAPÍTULO 2 - QUANDO A ESCOLA PARA ENFERMEIROS ERA UM SERVIÇO DO HOSPITAL

O ensino de profissionais de enfermagem era (antes de 1950), para além da formação médica, a única formação organizada na área das ciências da saúde.

De acordo com Soares (1997), não obstante todas as dificuldades e deficiências de organização de instalações e de equipamento, os hospitais eram, locais de eleição para a aquisição de experiência médica e científica, mas eram também locais de aprendizagem para os profissionais de enfermagem.

Apesar das tentativas ensaiadas em melhorar as possibilidades de aplicação das conquistas científicas do fim do século XIX início do século XX, nos Hospitais de então, era quase nula a existência de meios e equipamentos, bem como a falta de preparação técnica do pessoal de enfermagem. De acordo com Curry Cabral citado em Soares (p.29), a situação dos enfermeiros era má, na medida em que entre outras coisas, não lhes eram exigidos conhecimentos técnicos especiais na admissão, não recebiam ensinamentos teóricos nem faziam qualquer tirocínio sistematizado.

Na reforma empreendida por Curry Cabral em 1901, cabia a criação de uma escola que cuidasse da preparação dos enfermeiros, considerada essencial para uma completa alteração do trabalho nas enfermarias e para a melhoria dos cuidados a prestar aos doentes que acorriam aos hospitais (Soares, 1993, p.31).

Mas, já anteriormente, em 1886, Tomás de Carvalho¹⁴⁸, havia proposto ao Ministério dos Negócios do Reino, a criação de um curso de enfermeiros naquele hospital.

Em 26 de Janeiro de 1886, no Diário do Governo é autorizado o início do ensino prático de enfermeiros, de acordo com instruções¹⁴⁹ que permitiam um melhor aproveitamento do referido ensino, e que apesar de ter tido início, a sua duração foi efémera, tendo terminado em 1889¹⁵⁰.

¹⁴⁸ Tomás de Carvalho (1819-1897) foi Director da escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, Professor de Anatomia da mesma escola, Enfermeiro - Mor do Hospital Real de S. José e Anexos, deputado, Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, par do reino e vogal do Conselho Superior de Instrução Pública.

¹⁴⁹ As instruções encontram-se publicadas na Brochura Escola de Enfermagem Artur Ravara. Breves referências para a sua história. Comemoração do Centenário. 1886-1996, p.7-8.

¹⁵⁰ Segundo Soares (1993,p.33) a incapacidade de estabelecer um programa que compatibilizasse trabalho e formação, além do conteúdo estar desajustado às capacidades dos alunos, que eram simultaneamente empregados do Hospital, ditaram o insucesso do curso.

Também em Coimbra e no Porto o movimento de criação de “cursos” para o ensino de enfermeiros acontecia, à semelhança do que se passava em Lisboa.

Em Coimbra, o ensino de enfermeiros acontecia desde que em 1881, o Professor Costa Simões¹⁵¹, criou o “curso” que funcionava no próprio Hospital, e em que o primeiro programa consistia apenas numa cadeira de serviços de enfermagem e três cadeiras preparatórias: Instrução primária, Português e Francês, tendo esta última como objectivo, permitir a tradução das normas francesas, únicas existentes à época¹⁵².

À semelhança do referido para Lisboa, no que concerne à iniciativa de Tomás de Carvalho, interessa reflectir se podemos falar de “Escolas” ou apenas de “Cursos”, atendendo a que também em Coimbra, a experiência terminou quando desapareceram as condições que levaram ao início deste curso¹⁵³. De acordo com Soares (p.32), durante longos anos não houve nos Hospitais da Universidade de Coimbra qualquer ensino de enfermagem organizado. Apenas algumas aulas do Professor Bissaya Barreto, por volta de 1917, facultavam aos enfermeiros reduzida instrução técnica (Ferreira, 1953, p.141 citado em Soares).

No Porto, em 1896¹⁵⁴, o Regulamento dos serviços Técnicos do Hospital de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto, refere a criação de cursos para enfermeiros, com uma vertente profissional (um ano) e outra administrativa (também de um ano), (Cf., Abreu, 2001, p.177). O primeiro, segundo Isabel Soares (1993) destinava-se somente aos enfermeiros e ajudantes do Hospital e era essencialmente teórico, ocorrendo as aulas uma vez por semana, em separado para cada um dos sexos; além deste curso profissional, o administrativo era frequentado exclusivamente por enfermeiros, estando os conteúdos relacionados com os procedimentos administrativos necessários ao funcionamento das enfermarias (Ib.p.177).

De acordo com Nunes (Cf., 2003, p.66-67) a criação das Escolas e a legislação visavam legitimar o exercício profissional, pois a realidade na prática apontava para um elevado número de praticantes ilegais e para a existência de «velhos enfermeiros com muita

¹⁵¹ “António Augusto da Costa Simões (1819-1903), foi Administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra e criou por sua iniciativa a Escola de Enfermeiras de Coimbra, primeira no país (em 1881), à semelhança do que encontrara em França, Inglaterra e quase toda a Europa”In: *Documento de apoio para discussão no grupo de trabalho das Comemorações do I Centenário da Escola*.

¹⁵² No *Documento de apoio para discussão no grupo de trabalho*, é ainda referido que foi o Dr. Ignácio Rodrigues da Costa, quem se encarregou da disciplina de enfermagem e que publicou o primeiro «Guia de enfermeiras» em português.

¹⁵³ A escola ter sido criada a expensas do próprio Prof. Costa Simões e sem reconhecimento oficial (Soares,1993,p.31), bem como pela deslocação em Comissão de Serviço do próprio para o Hospital Geral de Santo António, no Porto e a doença do colaborador directo – Dr. Ignácio Rodrigues da Costa.

¹⁵⁴ Uma Portaria do Ministério dos Negócios do reino, cria a Escola de Enfermeiros do Hospital de Santo António do Porto.

prática»¹⁵⁵ a quem era feito o apelo para a realização do Curso Geral num só ano. Esta era, aparentemente, um estratégia de protecção do «grupo profissional», consubstanciada ainda para a autora, pela necessidade de frequentar a escola e de estruturar formalmente a profissão, sendo um dos temas mais frequentes dos periódicos da «classe», a defesa da legitimidade da actividade dos enfermeiros.

Mas interessa compreender que a pressão para a criação de escolas para enfermeiros estava ainda muito no “exterior”, essencialmente nos médicos que continuavam a considerar insuficiente a preparação dos enfermeiros a quem queriam delegar tarefas cada vez mais complexas, defendendo por isso (Soares, 1997) a necessidade de serem tomadas medidas no sentido da criação de uma escola de enfermeiras e enfermeiros, porque estes o pouco que sabem, o devem ao interesse dos médicos dos hospitais o que não era, com certeza, um ensino seguro e completo como aquele que devia ser dado numa escola profissional.

Os médicos¹⁵⁶ defendiam na altura, que era preciso adestrar aqueles que estão incumbidos de executar as suas prescrições, estando ultrapassado o tempo em que se fazia enfermagem sob a exclusiva inspiração da caridade cristã.

Estas considerações tinham já sido apresentadas claramente por Tomás de Carvalho em 1886 e provavelmente por Costa Simões em 1881, assumindo-se como argumentos válidos da proposta de Curry Cabral em 1901, para a criação da Escola Profissional de Enfermeiros, sendo que os Estatutos da Escola¹⁵⁷ foram aprovados pelo Decreto de 10 de Setembro de 1901, com a designação de Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José.

Esta Escola começou a funcionar em 26 de Outubro de 1901, na dependência da Administração do Hospital, sem autonomia, como qualquer outro serviço, situação que se prolonga até 1947, data em que o Decreto Lei nº 36219 de 10 / 4 / 1947 dá às escolas de enfermagem oficiais «a autonomia técnica e administrativa que for julgada conveniente à sua natureza e fins”(artº.3º) (Cf., Soares p.35).

De acordo com Soares, em 1918, acontece outra reforma nos serviços dos Hospitais (que tinham passado a designar-se Hospitais Cívicos de Lisboa), sendo também, abrangida a Escola Profissional de Enfermeiros que passou a designar-se Escola Profissional de Enfermagem. A Escola tem abertura solene em 15 de Fevereiro de 1919, mas o

¹⁵⁵ A Voz do Enfermeiro . Ano I, nº4, 1 de Abril de 1932 (Editorial intitula-se «Aos Velhos»).

¹⁵⁶ Miguel Bombarda, director do Hospital de Rilhafoles, num artigo publicado na revista Medicina Contemporânea.

¹⁵⁷ Estes Estatutos definiam como finalidade da Escola « dar aos indivíduos que se destinam à profissão de enfermeiros a instrução doutrinária e os conhecimentos de prática, que as exigências da ciência actual reclamam em quem tenha de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem. (Soares, 1993, p.35)

regulamento referido no artigo 117º do Decreto 4563, que havia de instituir as normas de funcionamento, só foi publicado em 1922.

No que concerne a Coimbra, ocorreu também uma reorganização nos serviços dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Decreto nº 5736, de 10/5/1919)¹⁵⁸, em cujo Diploma Legal é criada uma escola de enfermagem, cujas finalidades não são diferentes das da Escola Profissional de Enfermagem de Lisboa.

Tanto numa como noutra Escola, eram exigidos os diplomas para a nomeação definitiva do quadro dos Hospitais Civis de Lisboa e Hospitais da Universidade de Coimbra, respectivamente, na medida em que (Soares, 1997) qualquer deles define, como finalidade das escolas, a habilitação de pessoal de enfermagem e, em especial, a dos indivíduos que desejem ingressar no quadro de enfermagem dos hospitais respectivos, para os quais o diploma do curso será condição expressa de provimento.

É ainda evidenciado que a Escola é um serviço do Hospital, sendo as mesmas as regras de admissão e promoção dos diplomados no quadro dos hospitais, e estabelecendo outras que sujeitam os alunos que frequentam a escola, fundamentalmente, às exigências do serviço hospitalar, secundarizando os interesses da aprendizagem tanto teórica como prática. As regras de comportamento a que os alunos se devem conformar são o prolongamento da obediência hierárquica praticada nos serviços hospitalares (conforme se analisará em capítulo próprio).

Mas na década de 30, é de relevar a publicação do Regulamento da Escola de Enfermeiros do Hospital de Santo António aprovado em 1935, à semelhança dos regulamentos das escolas de Lisboa e Coimbra, aprovados respectivamente em 1920 e 1922. A maior diferença, desta escola, consubstancia-se na duração do curso que passa a ser de três anos.

Ainda nesta década, outras escolas foram criadas e embora não querendo ser exaustivos quanto à referência a todas elas, releva-se a criação entre outras, da Escola das Irmãs da Caridade de S. Vicente de Paulo, em 1937 em Lisboa e a Escola de enfermagem Rainha Santa Isabel em Coimbra, pertencente a uma organização laica, a União Noelista de Coimbra (Cf. Soares, 1997, p.43).

No que concerne à Escola de S. Vicente de Paulo¹⁵⁹, estava aberta a todas as candidatas, religiosas ou não, tendo-se desenvolvido de maneira diferente e alcançado prestígio e

¹⁵⁸ Diário do Governo, I Série, nº 98, de 10 de Maio de 1919 (11º Suplemento).

¹⁵⁹ O propósito da congregação das irmãs da Caridade de S. Vicente de Paulo, ao iniciar o curso de enfermagem, era «contactar com raparigas portuguesas e por intermédio delas, chegar ao convívio dos pobres», além de preparar essas raparigas para a vida e ministrar-lhes alguns conhecimentos de enfermagem, para poderem minorar os males da humanidade, citado em Soares (1987,p.44) de *Documento dactilografado sem data e sem assinatura que consta do Arquivo da ESE S. Vicente de Paulo*.

notoriedade, devido ao empenhamento da sua Directora, a Irmã Eugénia¹⁶⁰, figura bem conhecida e prestigiada na época.

A 23 de Julho de 1939, a irmã Eugénia foi nomeada directora da Escola de Enfermagem pela Associação de Beneficência «Casas de S. Vicente de Paulo», tendo a nomeação sido reconhecida em 1940, pela Inspecção do Ensino Particular do Ministério da Educação¹⁶¹.

A influência estrangeira, proveniente de visitas realizadas por médicos a outros países, foi-se traduzindo na forma e na substância inerente à criação das diferentes escolas, onde aparentemente se procurava reproduzir uma lógica europeia da formação de enfermeiros, muito direccionada para a dimensão organizacional dos hospitais, onde a formação das enfermeiras era tendencialmente da responsabilidade dos médicos, que procuravam preparar um grupo que respondesse de forma mais completa à delegação de tarefas que o desenvolvimento dos cuidados médicos impunha.

Mas, também por iniciativa de Francisco Gentil¹⁶², em 1940 é criada a Escola Técnica de Enfermeiras, na dependência do Ministério da Educação Nacional e ligada ao então designado Instituto Português para o Estudo do Cancro¹⁶³, mais tarde Instituto Português de Oncologia / Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil.

Até à década de 40, o Estado não assumia claramente a coordenação central quanto à preparação das enfermeiras, deixando aos hospitais essa responsabilidade. De acordo com Soares (p.40) a partir de 1942, passa a haver um controlo central das escolas de enfermagem, excepto da Escola Técnica de Enfermeiras, que se manteve ligada ao Instituto Português de Oncologia, por sua vez, tutelado pelo Ministério da Educação Nacional e não pelo Ministério do Interior, como todos os outros Hospitais.

¹⁶⁰ “ A sua acção, o seu contributo para a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo e para a enfermagem em geral. Diplomada em enfermagem pela Escola do Hospital «Dês Peupliers de paris», a irmã Eugénia Tourinho pertencia à Congregação das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo. Brasileira, veio para Portugal, terra dos seus avós, em Novembro de 1937. Em 1952 a irmã Eugénia foi chamada para o Brasil pela sua congregação (In: Brochura comemorativa do cinquentenário da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo (1937-1987).

¹⁶¹ Brochura comemorativa do cinquentenário da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo (1937-1987) “O papel do Professor Francisco Gentil foi preponderante enquanto fiscal junto da escola, nomeado pelo Governo, e a ela deu todo o seu apoio, surgindo entretanto a sua oficialização. Dez anos após o seu início, dadas as dificuldades financeiras, foi transferida do Ministério da Educação para o do Interior de que dependia a maioria das escolas de enfermagem do País”.

¹⁶² Francisco Soares Branco Gentil (1878 – 1964) foi professor de Medicina Operatória, Patologia Cirúrgica e Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa, Director do Hospital de S. José, Director da Faculdade de Medicina de Lisboa, Presidente da Comissão Directora do Instituto Português de Oncologia e Presidente das Comissões técnicas par a construção dos Hospitais Faculdade de Lisboa e Porto.

¹⁶³ Este Instituto encontrava-se ligado à Universidade de Lisboa (Ministério da Educação, Direcção Geral do Ensino Superior e Belas Artes), criado pelo Decreto nº 9333 de 29 de Dezembro de 1923, do Ministério da Instrução Pública, 1ª Repartição, publicado no Diário do Governo nº 278. IN: Corrêa, Beatriz de Mello (2003) Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras (1940-1980) p.16.

Soares (1997,p.39) caracteriza-a como « *uma escola diferente* », não só pela sua missão que era diferente, pois propunha-se preparar enfermeiras de cultura superior no que respeita às ciências naturais e de saúde pública e, sobretudo , no campo da física das radiações, o que, segundo se diz no preâmbulo do decreto da sua criação, não cabia no âmbito das escolas então existentes¹⁶⁴, relevando-se no estudo as dependentes do Ministério do Interior.

A dimensão que mais se aproximava das restantes escolas prendia-se com o facto da escola ter autonomia pedagógica, embora sob orientação da comissão directora do Instituto, competindo ao presidente da sua comissão directora a função de inspector de ensino, sem contudo explicitar em que consistia essa função (Cf. Soares, 1997, p.40).

Para Corrêa (2003,p.16) para além da perspectiva normativa, a diferença manifestava-se pelo facto de se encontrar libertada dos tradicionais esquemas de organização e de assistência de difícil e morosa mudança, constituindo-se numa criação de base de novas instituições de assistência hospitalar, fora do Ministério «habitualmente» responsável por essas Instituições, o que permitiria mais fácil e rapidamente a utilização de novas concepções, quer de estrutura quer de organização, destinadas a uma prestação de cuidados de saúde com características também necessariamente diferentes.

Outro aspecto que no dizer de Soares (Cf. p.39) terá constituído diferença, releva do facto de ter existido apoio contínuo na criação da Escola por parte da Fundação Rockefeller, consubstanciado também na atribuição de bolsas de estudo nos Estados Unidos às suas diplomadas, para se prepararem para a docência e direcção e mesmo a vinda de uma enfermeira americana para exercer as funções de directora¹⁶⁵.

De outra das principais diferenças, a utilização de um novo modelo na formação de enfermeiras influenciado pelo sistema americano¹⁶⁶, falar-se-à adiante em capítulo próprio.

Assinala-se ainda outra diferença no âmbito da admissão apenas indivíduos do sexo feminino¹⁶⁷ sendo que as enfermeiras diplomadas podiam exercer enfermagem em estabelecimentos hospitalares e de saúde pública.

¹⁶⁴ Decreto nº 30477, de 17 de Maio de 1940

¹⁶⁵ O cargo de Director das escolas de Enfermagem era geralmente desempenhado por médicos. A posição defendida pelo Professor Gentil no Boletim do IPO de Janeiro de 53 é a que a seguir transcrevemos: “*Enfermeiras só podem ser educadas por enfermeiras, nós os médicos falhamos na sua formação. E se nós não temos capacidade para educar enfermeiras técnicas, quem além das monitoras pode oferecer garantias?*” Neste sentido, a primeira Directora da ETE foi A Enfermeira Senhora D. Maria Angélica Lima Basto, Hansen , de seu nome de casada, apoiada por uma «Technical Adviser» disponibilizada pela Fundação Rockefeller. Após a morte prematura da Enfermeira Lima Basto, Veio dirigir a Escola, uma Enfermeira Americana, Miss Hazel Goff, (Corrêa, 2003,p.233).

¹⁶⁶ Soares (p.39) Modelo inspirado no chamado modelo Nightingale (Cf. Seymer, 1956, p.124-127).

¹⁶⁷ Só em 1982, foi admitido formalmente o primeiro aluno do sexo masculino, referido em Corrêa (2002, p.372) “ A sua admissão fez-nos recordar as dificuldades que tínhamos tido - e não tínhamos conseguido vencer – quando a Escola recebera o Enfermeiro Gouveia, de Moçambique, na qualidade de “aluno especial”,

No que respeita à diferença atrás assinalada, a restrição da admissão a candidatos do sexo feminino, provavelmente de influência americana, onde os enfermeiros eram raros, precede o Decreto Lei nº 31913, de 12 de Março de 1942, que reserva a mulheres solteiras ou viúvas sem filhos o tirocínio ou a prestação de enfermagem hospitalar, o que significa, na prática, a proibição do casamento (Cf. *Ib.*,p.40).

Quanto à possibilidade das diplomadas poderem exercer enfermagem em estabelecimentos de saúde pública, interessa relevar o facto de ser acometido à ETE a responsabilidade pela formação de enfermeiras com competência para actuar em Saúde Pública, antes de qualquer outra escola, referido por Corrêa (2002, p.19-20).

Mas como era desenvolvido o ensino dos enfermeiros quanto à saúde pública e outras áreas, na maioria das escolas, sob a tutela do Ministério do Interior?

Como vimos anteriormente a preocupação com a assistência social estava muito próxima das preocupações com a saúde o que conduziu à produção de legislação pela Sub-Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério do Interior, a quem competia dirigir a política de assistência social (Nota I, p.58).

Pode associar-se a melhoria dos indicadores de saúde que eram altamente desanimadores, à criação das escolas que passariam a funcionar junto do Instituto Maternal, e que terão tido a sua origem em 1945. O Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal¹⁶⁸, cuja referência é feita pela importância que as mesmas tiveram na formação de enfermeiras que, por actuarem junto das populações embora numa área específica como a materno-infantil, tal como as outras escolas, eram consideradas como mais um serviço da organização, neste caso do Instituto¹⁶⁹.

No que toca à Assistência Psiquiátrica, a Lei nº 2006 de 11 de Abril de 1945¹⁷⁰, organiza a assistência aos doentes deste foro e de acordo com Nunes (2003, p.221) o centro de assistência psiquiátrica de cada zona do país, era constituído por diversos organismos, sendo de relevar a organização de dispensários, hospitais e clínicas psiquiátricas e asilos psiquiátricos, que colaboravam entre si e com as Faculdades de Medicina, bem como a

o facto de ser homem impediu que pudesse fazer um estágio em Enfermagem Obstétrica na Maternidade Alfredo da Costa”.

¹⁶⁸ É aprovado com a publicação da Portaria nº 15786, de 22 de Março de 1956, no Diário do Governo, I Série, nº 61.

Tinham como objectivo (artº. 1º) a preparação de pessoal especializado de enfermagem materno-infantil.

Artº. 2º - As escolas de enfermagem do Instituto Maternal funcionarão junto da sede do Instituto Maternal e das suas delegações e subdelegações, dependendo a sua criação da autorização do Ministério do Interior.

Artº. 3º - As escolas estão sujeitas à orientação e fiscalização da direcção do Instituto Maternal e da Inspeção da Assistência Social.

¹⁶⁹ Artº 5º - Nos orçamentos do Instituto Maternal e suas delegações consignar-se-ão as verbas necessárias à manutenção das escolas...

¹⁷⁰ Diário do Govêrno. I Série. 11 de Abril de 1945.

realização de cursos e estágios pós-escolares, através da permuta com profissionais estrangeiros especializados, «quando não exista no país e, bem assim, conceder bolsas de estudo a pessoal, médico, de enfermagem e de serviço social, para praticar em centros de assistência psiquiátrica de outros países»¹⁷¹. Os cursos desenvolvidos apresentavam uma grande heterogeneidade¹⁷² que será abordada no capítulo específico a esta temática.

Nas décadas de 40 e 50 o Estado ao intervir directamente no ensino de enfermagem em termos de uniformização, centralização e controle das escolas e do ensino, ficou na posse de dados que indicavam ser o recrutamento e a preparação dos enfermeiros um ponto bastante fraco na organização hospitalar do país. Esta perspectiva prende-se essencialmente com dois factores na opinião de Soares (1997, p.45) "insuficiente remuneração que baixa o nível educativo da classe onde se faz o recrutamento e dificulta as possibilidades de escolha e, o ensino técnico mal orientado, dirigido e realizado por médicos, quando o devia ser por enfermeiros, porque as duas propostas são diferentes, o que torna insuficiente e «ilusória» a instrução profissional e técnica".

O local de aprendizagem dos enfermeiros foi durante muito tempo os hospitais, porque era neste espaço que se aprendia a descodificar o que se esperava em relação aos actores da instituição que detinham o poder: os médicos.

É esta circunstância que faz caber à enfermeira o papel de auxiliar do médico onde lhe é permitido executar um conjunto de tarefas (prescritas), que se encontra perfeitamente definido e controlado. A actividade desenvolvida por pessoal de enfermagem fora dos Hospitais, ficava restrita às visitadoras sanitárias (Nota II, p.58).

É evidente no início da década de 50 a dependência das «escolas» em relação aos hospitais, não só por ocuparem o mesmo espaço físico mas essencialmente porque se mantinham como serviços do hospital onde as autonomias (técnica e administrativa), apesar de começar a adquirir algum espaço¹⁷³, não eram ainda um facto real.

Se por um lado o normativo legal previa a construção da referida autonomia, vivia-se num período social e político onde o questionamento era constantemente mantido numa relação hierárquica¹⁷⁴ (Nota III, p.58-59) de poder, por quem dominava o campo da saúde à época: os médicos.

¹⁷¹ Ib. Base XIV

¹⁷² De acordo com a Portaria nº 16023 de 05 de Novembro de 1956, publicada no Diário do Governo, I Série, nº 239, Capítulo III, artº 25º - Nas Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal serão professados os seguintes cursos:

- a) Curso de enfermeiras parteiras puericultoras
- b) Curso de parteiras puericultoras
- c) Curso de auxiliares de enfermagem – parteiras.

¹⁷³ Regulamento da escola de enfermagem Artur Ravara, 1952. (p.10)

¹⁷⁴ Ofício em papel timbrado da Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca, acerca da situação do ensino de enfermagem.

A construção da autonomia não foi um processo fácil até porque não foi liderado (até à década de 60) por quem efectivamente a desejava, na medida em que vivia um período em que aos enfermeiros não era ainda reconhecido um estatuto que lhes permitisse construir uma atitude consentânea com a capacidade para se assumir como líderes do processo de autonomização. A Administração das escolas era da responsabilidade de quem dirigia o Hospital onde a escola se encontrava integrada, em que o presidente seria o administrador ou provedor do Hospital.

De uma forma geral em todos os Regulamentos de Escolas disponíveis, era clara a orientação prescrita quanto à Administração das Escolas¹⁷⁵ que pertencia ao Director, coadjuvado pelo professor Secretário e pelo Conselho Escolar.

Na Escola Artur Ravara¹⁷⁶ o regulamento previa o mesmo tipo de Administração, sendo de relevar neste momento da análise o debate que se promoveu quanto à qualificação que o Director da Escola deveria ter (Nota IV, p.59). O Director das Escolas, de acordo com o preconizado, devia possuir títulos académicos mais elevados, devendo ser considerado primeiro o licenciado e só depois o diplomado por uma escola média, em que, como será facilmente compreensível, perpetuava-se uma dinâmica em que a autonomia existia quando referida normativamente, mas pouco real na medida em que não se reconhecia ainda aos enfermeiros a qualificação para gerir as escolas e, conseqüentemente o ensino.

Existia, no entanto já, a construção de uma consciência em que a Escola gozava de autonomia técnica e administrativa, sem prejuízo da fiscalização dos Hospitais, traduzindo-se a autonomia técnica na livre organização e orientação do ensino, na escolha do pessoal docente e, na possibilidade de serem tomadas iniciativas próprias para o desenvolvimento das técnicas de enfermagem e da sua aprendizagem, sendo esta autonomia limitada pela uniformização dos planos mínimos de ensino e pela orientação superior a cargo do Ministério do Interior, pois só a partir de 1952 é que as escolas de enfermagem passam a ter (realmente) a autonomia técnica e administrativa¹⁷⁷.

Na lógica do debate de ideias que se ia desenvolvendo, embora considerando as características sócio-políticas do período em análise, verifica-se que apesar de ser proposto pela Comissão Coordenadora dos serviços de Enfermagem¹⁷⁸ que as escolas fossem completamente independentes dos hospitais, uma vez mais se verifica que o Dr. Adriano

¹⁷⁵ Projecto de Regulamento da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Maio de 1947. Documento em papel timbrado dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Serviço de expediente, Maio de 1947 (p.3).

¹⁷⁶ Documento em papel timbrado da EEAR, presumidamente de 1958. Consiste numa declaração de voto do Dr. Adriano Castilho, relativamente ao Relatório da Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem.

¹⁷⁷ Regulamento da Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria. Aprovado por Despacho de sua Ex^a. o Ministro do Interior, em 21/12/56.

¹⁷⁸ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem, pela Comissão Coordenadora dos serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social.

Castilho¹⁷⁹ se posiciona face a esta proposta considerando-a prematura, bem como igualmente prematuras as palavras referidas pela Directora da Escola Técnica de Enfermeiras no sentido em que considerava que «a escola hospitalar está ultrapassada restando-lhe apenas a preparação de outros tipos de pessoal como o auxiliar e garantir às escolas de enfermagem campos de prática como os que oferece às escolas médicas»¹⁸⁰.

E esta posição era de facto forte no sentido de se discutir a maior qualidade das escolas que se encontravam junto dos Hospitais, considerando-se que¹⁸¹ nestas escolas eram superadas com mais ou menos facilidade, muitos dos impedimentos que têm obstado ao desenvolvimento de algumas escolas não ligadas a Hospitais, ou mesmo contribuído para uma diminuição da sua projecção no campo do ensino da enfermagem, sugerindo mesmo a possibilidade de surgirem dificuldades quando esta proximidade não existisse.

De tal ordem esta noção e este critério era importante, que mesmo nas escolas que iam sendo criadas, a proximidade a um Hospital era uma condição «sine qua non» para esta criação.

Aconteceu assim, desde a década de 40 com a criação das escolas: Escola Técnica de Enfermeiras (Junto do IPO); Escola de enfermagem de Castelo Branco em 1942 (junto do Hospital da Cidade; na década de 50, de que se destaca a criação da Escola de S. João de Deus de Évora (Nota V, p. 59), primeiro ligada à Santa Casa da Misericórdia de Évora e depois como Escola Oficial (1955) e a Escola do Hospital de Santa Maria (1956)¹⁸², junto do Hospital (Inaugurado no dia 8 de Dezembro de 1954) com o mesmo nome, e ainda a Escola de Enfermagem de S. João do Porto¹⁸³.

A própria Escola das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, que tinha iniciado a sua actividade em 1937, na Rua de Santa Marta¹⁸⁴, junto do Hospital com o mesmo nome, ao passar a usufruir de novas instalações (edifício da Congregação, no Campo Grande em 1949), e de acordo com o Regulamento¹⁸⁵ no seu capítulo I – das escolas e seus fins, artigo

¹⁷⁹ Documento em papel timbrado da EEAR, presumidamente de 1958. Consiste numa declaração de voto do Dr. Adriano Castilho, relativamente ao Relatório da Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem.

¹⁸⁰ Ib. da nota anterior “(Do resumo publicado no Diário de Notícias)”(p.3-4).

¹⁸¹ Documento (Relatório) emitido pelo Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência – Projecto de Diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem, elaborado por um grupo de trabalho constituído pelo Dr. Armando Carvalho da Fonseca, Enfermeira Beatriz Mello Corrêa, Dr. António Augusto de Carvalho Dias e Dr. Carlos Diniz da Fonseca. Com despacho elegível de 29 de Março de 1960 (p.3).

¹⁸² Criada pela Portaria nº 15965 de 10 de Setembro de 1956, com a finalidade essencial de contribuir para a formação de pessoal de enfermagem (...) em especial (...) enfermeiros destinados ao próprio Hospital de Santa Maria. Passa a designar-se Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, pela Portaria nº 326/72 de 6 de Junho In: Brochura comemorativa do 25º Aniversário da Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, de 1982.

¹⁸³ Brochura Comemorativa do Aniversário da Escola de Enfermagem de S. João do Porto (1972).

¹⁸⁴ Brochura da Comemoração do Cinquentenário da Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo (1937-1987).

¹⁸⁵ Regulamento da Escola de Enfermagem das «Casas de S. Vicente de Paulo», documento em papel timbrado das Casas de S. Vicente de Paulo, com entrada registada na Inspeção da Assistência Social a 15 de Novembro de 1947.

2º - “ A Escola funcionará em dois pavilhões, um para domicílio e aulas teóricas, outro pavilhão cirúrgico cujos serviços de policlínica e hospitalar são destinados ao ensino prático das alunas enfermeiras”, o que ilustra a importância atribuída à proximidade do Hospital: “ Se não há um perto, constrói-se”.

Tal era de facto a importância atribuída a este critério que de acordo com o Relatório elaborado pelo Sub Inspector Dr. Adriano Castilho¹⁸⁶, a que posição era de que as condições oferecidas – em instalações, em material didáctico – se amanhã forem completadas com um hospital próprio, onde os estágios possam ser feitos em melhores condições, são uma base interessante para uma escola de Enfermagem modelo, desde que não falte uma criteriosa acção fiscalizadora dos serviços desta Inspecção.

Voltando à questão relacionada com a Administração que tem vindo a ser analisada em íntima relação com a construção da autonomia das Escolas em relação aos Hospitais, verifica-se que tanto na Escola Técnica de Enfermeiras como na Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, a Direcção da Escola¹⁸⁷ foi de início entregue a uma Enfermeira, o que merece uma referência especial, como forma de relançar a discussão para outros capítulos desta investigação, concretamente quanto ao que caracteriza o grupo profissional dos enfermeiros.

Pela análise de documentos da época (início do século XX) e com suporte em Soares (1997), as escolas que foram sendo criadas, partiram da iniciativa do Estado ou de seus representantes noutras organizações existentes (Hospitais essencialmente) ou da iniciativa de outros organismos de cariz essencialmente assistencial, de que se relevam as Ordens Religiosas e as Santa Casa da Misericórdia, existentes no país.

As primeiras encontravam-se essencialmente nas grandes cidades do país (Lisboa, Porto e Coimbra) embora tenham surgido em períodos distintos e sobre elas já tinha sido referido antes, quanto à sua criação e evolução.

No que concerne à iniciativa de outras organizações, de acordo com Soares (Cf. Ib. p.41), o Hospital Geral de Santo António, que então fazia parte do conjunto de estabelecimentos da Santa Casa da Misericórdia do Porto, é a primeira Instituição particular a assumir responsabilidades na preparação de pessoal de enfermagem¹⁸⁸, dotando-o de conhecimentos

¹⁸⁶ Relatório nº 349 da Inspeção da Assistência Social – Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo – Fiscalização de exames de aptidão. 1952. Documento identificado com registo de entrada na Inspeção da Assistência Social com o Processo nº 79.

¹⁸⁷ Regulamento da Escola de Enfermagem das «Casas de S. Vicente de Paulo», Papel timbrado. Carimbo de entrada na Inspeção da Assistência Social em 15 de Novembro de 1947 “ Alta Administração da Escola cabe à Directora da Associação «Casas de S. Vicente de Paulo» que velará de um modo geral pela sua gerência e pela fiscalização do seu ensino e serviço. A Directora nomeada pela mesa Administrativa da Associação exerce a Direcção da Escola e do Pavilhão Cirúrgico, sendo responsável pelo seu regular funcionamento”.

¹⁸⁸ Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua gerência do 1º de Julho de 1895 a 30 de Junho de 1896, pelo Provedor Francisco Gomes Teixeira. Porto. Tipografia Artur José de Sousa Irmão, 1896, p.145.

que o habilitasse ao melhor desempenho da sua árdua missão. Para o efeito foi criado o curso de enfermeiros destinado a ministrar instrução apropriada ao seu pessoal de enfermagem e a todos os que desejassem obtê-la¹⁸⁹.

De acordo com Rezola (1992) citada em Soares (1997, p.42-43), a partir de 1930 existiam em Portugal, condições para a recuperação e desenvolvimento das ordens religiosas já existentes e instalação de outras, isto na medida em que a actividade das congregações era bastante diversificada, estando as ordens religiosas presentes num número considerável de hospitais, casas de saúde, dispensários, sanatórios, asilos e outras instituições.

É nesta década que algumas das congregações começam a realizar cursos de enfermagem destinados aos seus membros que trabalham em estabelecimentos de saúde de que são proprietárias, nas missões ou em hospitais que lhes são confiados.

Salienta-se a Escola de S. João de Deus de Évora¹⁹⁰, que tendo começado com o estatuto de escola privada, passou entretanto a Escola Pública, tal como a Escola de Enfermagem D. Ana Guedes.

Nestas e noutras escolas de iniciativa particular que se foram constituindo, mas essencialmente nas de iniciativa religiosa, a preparação destinava-se a tornar as religiosas mais aptas para a prática da enfermagem e a anular a diferença com missionárias de outras nacionalidades.

Dada a natureza privada dos cursos que promoviam, fora dos limites da congregação não lhes era conferido qualquer valor e por isso cedo procuraram obter o reconhecimento do Ministério da Educação Nacional, no âmbito do Estatuto do Ensino Particular. Esse reconhecimento era obtido, quando solicitado, concretizando-se na concessão de alvará¹⁹¹ e através da presença de um delegado deste Ministério nos exames finais.

Os programas dos cursos, assim como as condições de admissão dos alunos, eram definidos pelas próprias escolas.

Em todo o período em estudo, encontram-se referências à existência de Escolas Oficiais e Escolas Particulares, clarificando-se o significado de oficial e particular à época¹⁹² “(...) as escolas de enfermagem podem ser oficiais ou particulares: (...) são oficiais as escolas criadas e mantidas pelo Estado (...). São particulares as escolas criadas e mantidas por

¹⁸⁹ Regulamento dos Serviços Técnicos do Hospital Geral de Santo António. Porto. Oficina Tipográfica do Hospital de Alienados do Conde Ferreira, 1896.

¹⁹⁰ Pelo Ofício nº 154 de 17 de Janeiro de 1957, tomamos conhecimento de que “na II Série do Diário do Governo, de 2 de Janeiro de 1956, foi publicada a Portaria, que nomeou a Comissão Instaladora e Administrativa desta Escola. Na Portaria, se diz que dela fará parte como vogal a Monitora Chefe da Escola, a nomear oportunamente”.

¹⁹¹ Ver exemplo na Brochura da Comemoração do Cinquentenário da Escola de S. Vicente de Paulo.

¹⁹² Documento (Relatório) emitido pelo Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência – Projecto de Diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem, elaborado por um grupo de trabalho constituído pelo Dr. Armando Carvalho da Fonseca, Enfermeira Beatriz Mello Corrêa, Dr. António Augusto de Carvalho Dias e Dr. Carlos Diniz da Fonseca. Com despacho elegível de 29 de Março de 1960.

iniciativa privada, ainda mesmo quando recebem subsídios do Estado ou os estágios dos seus alunos tenham de realizar-se em estabelecimentos oficiais” (p.11).

Soares (1997) dá como exemplo das primeiras – as actuais Escolas Artura Ravara; Ângelo da Fonseca; D. Ana Guedes; Escola Francisco Gentil entre outras e como exemplo das segundas: S. Vicente de Paulo e S. José de Cluny, referindo em relação a estas a importância do reconhecimento pelo Estado, mas em que não caracteriza a designação desse reconhecimento.

Em documento de 1957¹⁹³ é referido que “mercê de esforços vários, superiormente fomentados e orientados em conformidade com os princípios da actual conjuntura legislativa, existem presentemente 23 escolas de «enfermagem», sendo :

- 7 oficiais (dependentes do Subsecretariado da Assistência)– formação de base em enfermagem geral: Artur Ravara (Lisboa); Hospital de Santa Maria (Lisboa); Ângelo da Fonseca (Coimbra); Hospital de S. João (Porto); S. João de Deus (Évora);
- 6 oficiais (dependentes do Subsecretariado da Assistência)– formação de base em enfermagem especializada: Escolas de Enfermagem Psiquiátrica da: Zona Norte; Zona Centro; Zona Sul

Escolas de Enfermagem Materno-Infantil: Maternidade Alfredo da Costa – Lisboa; Maternidade Júlio Diniz – Porto e Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra

As escolas particulares, eram em número de 10, e ministravam o curso de enfermagem geral: S. Vicente de Paulo e Franciscanas Missionárias de Maria (Lisboa); Ordem Hospitaleira de S. João de Deus (Telhal); D. Ana José Guedes da Costa; Franciscanas Hospitaleiras Portuguesas e Franciscanas de Calais (Porto); Rainha Santa Isabel (Coimbra); Dr. Henrique Telles (Braga); S. José de Cluny (Funchal) e Dr. Lopes Dias (Castelo Branco)”.

Outra das categorias em análise é a Missão das Escolas, quanto ao nível de formação professado. Por uma questão de uniformização considera-se a Formação de Base e a Formação Especializada e / ou Complementar.

Na época era apontada a importância de que ¹⁹⁴ “(...) se criem Escolas para Auxiliares de Enfermagem junto dos Hospitais regionais que sejam considerados com possibilidades para tal fim”, procurando mesmo que se criasse o que alguns designavam por «Escolas Piloto»¹⁹⁵. No entanto, o que se verifica é que todas as escolas existentes à altura leccionavam o curso de enfermagem geral, o curso de auxiliar de enfermagem e apenas nalgumas se desenvolvia o ensino especializado e o complementar, conforme Diniz de

¹⁹³Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social.

¹⁹⁴ Documento em papel timbrado do Hospital de Santa Maria. Apreciação do projecto de diploma que reforma o ensino de enfermagem. Novembro de 1961.

¹⁹⁵ Ib. nota anterior.

Sousa¹⁹⁶, “ a formação de auxiliares de enfermagem esteve sempre a cargo das escolas de enfermagem, aliás muitas criadas para o efeito”.

Mas clarifique-se esta nomenclatura no que concerne à Missão das Escolas, que durante um período é idêntica entre elas, podendo desenvolver os diferentes tipos de formação, desde que respeitadas as regras definidas pelo Estado.

Quanto às escolas que leccionavam o ensino de enfermagem complementar, reduziam-se a um pequeno grupo das mais antigas – Escola de Enfermagem Artur Ravara; Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca e a Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria (Nota VI, p.59-60)¹⁹⁷.

A Reforma de 1947, que tem vindo a ser referida privilegiava algumas medidas que se enquadravam na política educativa que vinha a ser desenvolvida desde os anos 30. Para Soares, que cita Nóvoa (1992, p.464) é nítido no que respeita ao ensino particular de outros graus (primário e secundário) em que se reforçam os mecanismos de controlo e de conformidade ao modelo seguido nas escolas estatais. Sugerem ainda outro ponto de contacto, as medidas tomadas relativamente ao ensino técnico - profissional. Os cursos que as escolas de enfermagem passam a oferecer podem, também ter sido considerados como alternativa a outras vias de prosseguimento de estudos.

Dada a carência de enfermeiros no país, por um lado e a necessidade aparentemente presente de melhorar a qualificação dos «enfermeiros» que trabalhavam nos hospitais, através da intervenção do Estado em 1942, parece existir a criação do primeiro instrumento para a uniformização e controlo das escolas, que estabelece as normas relativas à duração dos cursos (geral e auxiliares e especializados), entre outras normas.

Não era, no entanto, claro a que escolas competiria uma e outra Missão de forma distinta ou se cada Escola poderia desenvolver a formação aos diferentes níveis.

De acordo com documentos da época¹⁹⁸, era promovida a diferença de níveis, associando o ensino de auxiliares de enfermagem a escolas a criar junto dos Hospitais Regionais, onde era possível treinar as alunas do ponto de vista teórico e prático, com os meios que o Hospital pode colocar à disposição da Escola. A função de formar enfermeiras caberia às Escolas, que continuando ligadas aos Hospitais Centrais, Universitários ou não, seriam aquelas onde se faria o ensino de enfermagem em geral.

Era atribuída uma grande importância ao ensino centrado na prática valorizando-se a coordenação entre o ensino teórico e o ensino prático para facilitar a aprendizagem. Esta coordenação diz respeito não só à matéria ensinada como à altura em que é ensinada. Esta coordenação (ou a sua ausência) era o principal problema e geralmente o mais difícil de resolver numa escola de enfermagem, considerando-se que a sua resolução seria em grande

¹⁹⁶ Comunicação da Enfermagem Diniz de Sousa na Escola de S. João do Porto em 1983.

¹⁹⁷ Brochura Comemorativa do 25º Aniversário da Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkan.1982.

¹⁹⁸ Ib. nota 155. (p.2).

parte facilitada se se considerasse que a Escola de Enfermagem é uma instituição de ensino e só lhe interessa o serviço hospitalar na medida em que este contribui para a formação de futuras profissionais.

Esta situação decorria da existência de regulamentos que faziam caber a cada Escola um conjunto de requisitos para que pudessem leccionar o curso de Enfermagem conforme visto anteriormente.

Com a Reforma de 1952¹⁹⁹, que é neste estudo considerada a «primeira ruptura» que há-de conduzir à verdadeira reforma do ensino de enfermagem no que concerne à hipótese de trabalho proposta, reafirmava-se o quanto era fundamental melhorar a preparação técnica dos enfermeiros e elevar o seu nível social e profissional.

Neste diploma é também clarificado quais são as escolas oficiais existentes na altura, colocando-se também a hipótese “Artº. 2º - Além das Escolas oficiais Artur Ravara e Ângelo da Fonseca, poderá o Ministro do Interior, na medida das necessidades de enfermagem, criar outras, integradas ou não nos hospitais centrais, regionais ou especiais, ou ainda nos Institutos e centros que seja aconselhável o seu funcionamento” (Tal como já referido a propósito dos cursos existentes nas Escolas do Instituto Maternal e do Instituto Psiquiátrico).

Mantém-se com esta reforma e no capítulo das Escolas, a existência de escolas oficiais ou particulares²⁰⁰, quando devidamente autorizadas.

A agenda política quanto à evolução do ensino de enfermagem, no que respeita às Escolas dependentes do Ministério do Interior, foi sofrendo algumas alterações na década de 60 de que se releva a Reforma de Ensino de 1964/65 e a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, esta na lógica da criação dos Institutos de Ensino que surgiam na Europa.

A necessidade de criação de escolas para além das existentes nas grandes cidades, e considerando a grande dependência existente entre as Escolas e os Hospitais, é também visível pela referência à definição de Critérios para a construção de novas escolas²⁰¹, de acordo com quadro em nota VII (p.60), mas que só no início da década de 70 foram de facto criadas.

¹⁹⁹ Decreto Lei nº 38.884, de 28 de Agosto de 1952. Ministério do Interior. Direcção Geral da Assistência.

²⁰⁰ Decreto Lei nº 38.884, de 28 de Agosto de 1952. Ministério do Interior. Direcção Geral da Assistência.

Capítulo 1, parágrafo 1 do Artº. 1º - Consideram-se escolas particulares de enfermagem as criadas e mantidas por iniciativa privada, ainda mesmo quando o estágio dos alunos tenha de efectuar-se em estabelecimentos oficiais”.

²⁰¹ Documento emanado da Direcção Geral dos Hospitais – Serviços de Enfermagem Hospitalar – Critério de preferência para o estudo das condições locais para criar uma escola de enfermagem para auxiliares de Enfermagem. Factores considerados. Elaborado por Serviço de Enfermagem Hospitalar em Maio de 1965.

Em 1967 é criada a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, com uma Missão específica²⁰² ”Preparar enfermeiros para funções docentes, de chefia e de direcção de serviços de enfermagem e Realizar cursos ou outras actividades que visassem o aperfeiçoamento do ensino e do exercício de enfermagem em todos os ramos”(p.3).

É no final da década de 60, início dos anos 70 que se desenvolve uma lógica de alargamento da rede de escolas, assunto que se analisará num próximo capítulo.

No final da década de 60 é referida a necessidade das escolas prepararem as suas alunas em conformidade com o actual conceito de enfermagem. A tradição tem que ser substituída pelo novo e vasto conceito de enfermagem para o que se tem que melhorar a qualidade do ensino e dar às alunas melhores condições de estudo, com ênfase na melhoria da qualidade da articulação entre a teoria e a prática.

CAPÍTULO 2.1 – AS ENFERMARIAS ESCOLA. LABORATÓRIOS DA REALIDADE OU UTOPIA?

O ensino dos enfermeiros caracterizou-se desde o seu início pela definição do ensino teórico da responsabilidade de outros, que não os enfermeiros, em que nos regulamentos das escolas, para além de todas as normas de funcionamento destas e dos cursos, se encontrava também a definição de quantas lições semanais teóricas devem ser dadas, embora sendo diminutas as determinações sobre o ensino prático²⁰³.

O ensino prático, quando existia, era feito por enfermeiras que pouco sabiam e não tinham tempo disponível, ou não se interessavam por orientar os alunos (Nota I, p.60). A aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos, limitando-se muitas vezes à observação do trabalho das enfermeiras.

Este ensino decorria nas enfermarias, em que o pessoal de enfermagem eram sobretudo as alunas, excepto os cargos de enfermeira e enfermeira chefe e sub-chefe²⁰⁴.

A Inspeção da Assistência Social no âmbito do papel anteriormente clarificado, mostrava a preocupação com a ausência de coordenação entre o ensino teórico e o ensino prático das alunas, sendo manifesta a preocupação com o ensino teórico, mas “ausente a preocupação com as instalações das alunas nem com a sua formação profissional nas enfermarias

²⁰² Brochura que sistematiza dados referentes à Sessão Comemorativa do V Aniversário da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, em 28/11/72, p.3.

²⁰³ cf. Soares, 1997, p.70.

²⁰⁴ Ib. (p.3)

hospitalares, entregando-as pura e simplesmente, aos acasos, improvisações, ignorâncias e desorganizações da vida das enfermarias²⁰⁵”(pp.14-15).

Data de 1942 a primeira referência à organização de novos métodos de ensino prático²⁰⁶, pela identificação dos principais constrangimentos existentes: “A aprendizagem é confiada ao simples tirocínio prático ou à improvisação das boas vontades (...). As escolas existentes, particulares ou oficiais, trabalham longe de uma acção educativa eficiente. Ausência de pessoal incumbido de formar os seus pares, ou dificuldade em seleccionar e colocar ao serviço do ensino. Falta de qualquer espécie de coordenação entre as escolas existentes que permita um melhor aproveitamento e valorização do trabalho (...) dentro das precárias condições em que são forçados a realizá-lo”(p.1711). Preconizava-se uma relação mais efectiva entre o ensino teórico e o ensino prático. Esta era uma posição essencial para a correcção de métodos e estratégias que eram utilizadas sem eficácia, pois “existiam alunos que já eram empregados dos hospitais, que assistiam às lições teóricas semanais, regressando depois às enfermarias para o desempenho das tarefas que lhes estavam destinadas. Os alunos externos, que não eram empregados dos hospitais, compareciam, ocasionalmente, nas enfermarias para executarem ou assistirem a algum penso ou outro tratamento, feito pelo professor” (Soares, p.70).

Ainda segundo a mesma fonte (p.71), os regulamentos das escolas de Coimbra e de Lisboa, publicados em 1920 e 1922 incluíam algumas normas sobre o ensino prático, mas continuavam a prevalecer os interesses dos hospitais sobre as necessidades de aprendizagem dos alunos, levantando-se obstáculos à realização dos estágios.

Não é exagero afirmar que o ensino prático não era de facto um assunto prioritário para os Administradores Hospitalares, responsáveis também pela gestão das escolas neles integrados.

Esta não era uma questão exclusivamente «nacional», sendo que de acordo com Ashley (Cf.,p.23), vivia-se situação idêntica nos Estados Unidos, onde o estatuto que era dado à formação tinha um carácter essencialmente prático, e onde o treino era essencial, na medida em que era considerado como trabalho, era pago²⁰⁷ na medida em que se considerava que a boa qualidade da formação, tinha que ser paga bem como a oferta aos estudantes de enfermagem outros benefícios como o alojamento.

As preocupações existentes eram sobretudo com a parte teórica do curso; no que se refere aos estágios, os alunos eram entregues aos hospitais, sem qualquer preocupação de supervisão desses estágios, manifestando-se mesmo a incompreensão pelo «movimento

²⁰⁵ Documento em papel Timbrado do Ministério do Interior – Inspecção da Assistência Social, sob a forma de informação, emitida em 16 de Setembro de 1954, assinada pelo Inspector Chefe – Fernando J. de Magalhães Cardoso, (p.14 - 15).

²⁰⁶ Decreto nº 32:612. Diário do Governo. I Série. Nº 302, de 31 de Dezembro de 1942.

²⁰⁷ Ashley, Jo Ann (1976). Hospitals, paternalism and the role of the nurse.

renovador» trazido pela Escola de enfermagem de S. Vicente de Paulo e pela Escola Técnica de Enfermeiras.

Estas Escolas, contribuíram para a mudança do panorama do ensino de enfermagem, relevando-se aqui a importância que atribuíam à componente prática, onde os estágios eram organizados em coordenação com o ensino teórico; os serviços onde decorriam eram seleccionados de acordo com as necessidades de aprendizagem dos alunos e a orientação era da responsabilidade de enfermeiras (professoras) que faziam parte do corpo docente da Escola e eram responsáveis pelo ensino da matéria de Enfermagem (Cf. Soares, p.73).

Mas nas outras escolas dependentes do Ministério do Interior, e em Lisboa “... só no ano lectivo de 1953 / 54 foi possível criar um esboço de enfermarias – escolas, em que as alunas pudessem praticar sob orientação das suas próprias monitoras” (p.15), não isentas de dificuldades relatadas tanto pelas monitoras (Nota II, p.61) que tinham a responsabilidade de orientação das enfermarias escolas, pois no estado de desenvolvimento, as enfermarias – escolas não conseguiriam evolucionar em condições favoráveis e ainda que, fosse qual fosse essa evolução, não tinham capacidade necessária para garantir os treinos de estágio às alunas” (p.16).

E nas outras escolas?

Em Coimbra na Escola Dr. Ângelo da Fonseca (EEÂF), existem também referências a esta temática, sendo no entanto emergente um outro sentido, que talvez se possa classificar como «mais construtivo»²⁰⁸, na medida em que claramente se associavam à melhoria das condições de trabalho, de aprendizagem e de assistência “Criação de Enfermarias Escola, que eram mantidas por docentes e alunos da EEÂF. Nestas enfermarias foram implantados horários com três turnos – 8/17 h – 17/24h – 24/8h, que ainda não eram praticados nos HUC. As amplas Enfermarias, foram divididas em compartimentos e equipadas com material adequado, de modo a uma melhor humanização dos serviços de enfermagem”, embora com valorização do trabalho do aluno.

Esta é uma visão a posteriori, mas no Regulamento da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca²⁰⁹, no seu artigo 88º era referido que “ (...) os estágios serão feitos de preferência em enfermarias escolas ou em serviços adequados, devendo, porém, os alunos passar, em períodos determinados, por todos os que tenham interesse para a sua formação profissional.”

Para além das escolas oficiais também as particulares ficavam (a partir de 1947) «obrigadas» a esta organização, sendo que em relação à Escola de Enfermagem de S.

²⁰⁸ Documento em papel timbrado do Ministério dos Assuntos Sociais. Escola De Enfermagem «Doutor Ângelo da Fonseca» Documento dactilografado sobre o I Centenário (1981), enviado ao INSA – DEE em 15 de Junho de 1981, enviado pela Comissão de Gestão da Escola, assinatura legível – Nídia Salgueiro (Enfermeira Professora da EEÂF), (p.5).

²⁰⁹ Regulamento da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca - Hospitais da Universidade de Coimbra. 20 de Dezembro de 1952, (p.25).

Vicente de Paulo²¹⁰, e sobre esta matéria verifica-se que o tipo de orientação era idêntica quando solicitava à Inspeção da Assistência Social, pelo menos duas enfermarias escolas, uma de medicina e outra de cirurgia, em hospital a designar, ficando a gestão das mesmas da responsabilidade do pessoal de enfermagem da Escola.

Já no ano de 1957²¹¹, os estágios eram valorizados como espaço de aprendizagem, podendo ocorrer em vários hospitais desde que isso se considerasse necessário para garantir às suas alunas uma formação profunda obtida através da prática frequente e repetida de grande diversidade de técnicas de enfermagem, mas nas enfermarias – escola haverá sempre um mínimo de pessoal já diplomado para garantir a eficiência do serviço e a segurança dos doentes.

A questão que se coloca tem a ver com o tipo de ensino e a missão do ensino em relação ao que se esperava dos «sujeitos» a formar, sendo claramente valorizada a execução sem concepção e o aprofundamento do papel da mulher no que concerne à realização das actividades domésticas na esfera privada, compreendendo a importância do tirocínio, como uma extensão destas e consequentemente promotor da integração ao trabalho e à profissão.

Esta estratégia era reconhecida, relevando-se a apreciação de um inspector da Assistência Social²¹², onde se referiam como vantagem, os estágios serem feitos em enfermarias – escolas, enquanto o Hospital onde estes se realizavam não ser Hospital – Escola, sendo também identificados efeitos perversos que interessava controlar tendo mesmo levado a acabar com as enfermarias escolas nos Hospitais Cíveis de Lisboa, uma vez que as estagiárias eram aproveitadas para taparem lacunas abertas nos seus quadros de pessoal.

Esta situação que se vivia à época e a consciencialização da necessidade de melhorar o ensino de enfermagem, tendo em vista uma melhor qualidade dos cuidados de saúde, conduziram ao estabelecimento de protocolos de cooperação em duas das escolas mais «intervenientes» na Enfermagem de então – a Escola de Enfermagem Artur Ravares e a Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

No que respeita a Lisboa é iniciado trabalho conjunto entre a Inspeção da Assistência Social, os Hospitais Cíveis de Lisboa e a Direcção da Escola de Enfermagem Artur Ravares²¹³, no sentido de alterar a situação existente, o que passava por:

- a) extinção do funcionamento das actuais enfermarias – escolas

²¹⁰ Ofício em papel timbrado da Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo, de 6 de Outubro de 1952, dirigido ao Sr Inspector Chefe da Assistência Social, pela Directora da Escola de Enfermagem das «Casas de S. Vicente de Paulo» Irmã de Sousa Prego.

²¹¹ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social, (p.90).

²¹² Documento em papel timbrado do Ministério do Interior. Inspeção da Assistência Social. Dirigido ao Inspector Chefe da Assistência Social, pelo Inspector Raul Repas Gonçalves. Participação num Conselho escolar.

²¹³ Despacho de 24 de Setembro de 1954, do Sr. Sub-Secretário de Estado da Assistência Social.

- b) Acordo (experimental) da cooperação entre os Hospitais Cíveis de Lisboa e a Escola de Enfermagem Artur Ravara, (...) os primeiros tomarão a seu cargo a responsabilidade (...) dos estágios, pela alimentação e alojamento dos alunos, sem prejuízo da aprovação pela EEAR, dos regimes adequados a cada uma dessas actividades;

(...) para compensação dos encargos assumidos pelos Hospitais Cíveis de Lisboa, (...) contariam com o trabalho das alunas nos estágios”.

Este acordo foi possível, e a legislação existente à altura²¹⁴ permitiu que ocorresse também em Coimbra²¹⁵ um acordo do mesmo tipo.

Identificam-se os princípios fundamentais que terão dado início à estratégia de relacionamento entre as escolas e as organizações de saúde, quando as primeiras ainda se encontravam na dependência das segundas, mas em que começava a ser notória a intenção e a vontade de autonomização, através do posicionamento dos enfermeiros²¹⁶ quanto à necessidade de que o ensino de enfermagem estivesse livre de qualquer prestação obrigatória de serviços durante o curso (a não ser em enfermarias – escola), e na medida em que isto acontecesse a formação das alunas seria melhor e poderiam prestar ao médico uma colaboração mais eficiente da qual viriam a beneficiar os assistidos, para a construção de uma autonomia, que era ainda e só no âmbito técnico.

De acordo com os relatos e a análise produzida, as enfermarias – escola, são considerados como laboratórios da realidade na medida em que permitiam desenvolver uma metodologia de aprendizagem considerando os objectivos de ensino dos enfermeiros, baseado na lógica da profissionalização pelo treino das actividades que lhes permitissem serem de facto bons colaboradores dos médicos, e desta forma contribuísssem para uma maior qualidade dos cuidados de saúde²¹⁷. Os mais críticos a esta metodologia baseavam-se no facto de que a mesma poderia efectivamente aproximar-se da utopia, na medida em que não era possível tornar realidade em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Apontavam-se ainda como efeitos perversos a utilização dos alunos como força de trabalho.

²¹⁴ Decreto Lei nº 38:884 e Decreto Lei nº 38:885 (1952). (p. 14-15)

²¹⁵ Cópia do acordo de cooperação entre os HUC e a Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel, em papel timbrado do Ministério do Interior. Inspeção da Assistência Social, 6/12/52. Despacho de Homologação de A. Queiroz, 18/12/52, (p.99).

²¹⁶ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social.

²¹⁷ Ferreira, F. A. Gonçalves(1975). Política de saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal, p.11.

Cuidados de Saúde – conjunto organizado de prestação de cuidados médicos e paramédicos, gerais e de especialidades, para toda a população (...).

Cuidados médicos – conjunto organizado de prestação de serviços médicos a doentes. No sentido mais genérico, correspondente, pelo menos até há pouco, ao da expressão anglo-saxónica *medical care*, é equivalente de cuidados de saúde. No sentido restrito e habitual, os cuidados médicos constituem a parte clínica curativa dos cuidados de saúde.

Foi a reforma de 1965, que permitiu criar novas relações entre as escolas e os hospitais, com a promoção da autonomia das primeiras emergindo o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e consequentemente um estatuto de estudante só compatível com a abolição do estatuto de aluno como força de trabalho, que caracterizava o ensino de enfermagem antes de 1965²¹⁸, esse “trabalho (dos alunos) era remunerado pelos Hospitais Cívicos de Lisboa à razão de 100\$00 mensais para as auxiliares e primeiranistas de enfermagem, 150\$00 para as alunas do 2º ano e 250\$00 para as alunas do 3º ano”(p.48).

Pode então colocar-se a questão das mudanças introduzidas com a Reforma de 1965, no que concerne ao relacionamento entre as Escolas e as Organizações prestadoras de cuidados de saúde, no sentido da construção da autonomia da disciplina e das Escolas de Enfermagem em Portugal, aspecto que será analisado em capítulo próprio.

CAPÍTULO 2.2 – O LAR - RESIDÊNCIA. LUGAR DE SOCIALIZAÇÕES

A promoção da feminização da profissão de enfermagem era visível na própria legislação que organizava o ensino de enfermagem, situação que não se limitava ao contexto nacional, mas era antes uma constante internacional, independentemente do modelo de formação.

Dos diferentes modelos de formação conhecidos à época²¹⁹, identificam-se: o sistema Nightingale, o americano, o «motherhouse» e o continental.

A formação em enfermagem, à época (início da segunda metade do século XX), caracterizava-se por ser fechada, intensa, através da criação de uma comunidade artificial, orientada por regulamentos fechados, actividades seleccionadas e uma vigilância onde conviviam o encorajamento e as reprimendas²²⁰. De acordo com os Regulamentos da época²²¹ “(...) não podem ser recebidas no internato: as alunas casadas, viúvas, divorciadas, ou judicialmente separadas; as alunas com mais de três anos (de frequência) à data da Inscrição; as alunas que aleguem ou acerca das quais a Escola averigüe motivos ponderosos que tornem a sua permanência no internato”(p.12).

Em Portugal, parece ter sido assumido a proximidade com o sistema Nightingale²²² de formação, caracterizado por existir uma *matron* que era detentora da autoridade máxima no

²¹⁸ Documento em papel Timbrado do Ministério do Interior – Inspecção da Assistência Social, sob a forma de informação, emitida em 16 de Setembro de 1954, assinada pelo Inspector Chefe – Fernando J. de Magalhães Cardoso, (p. 23).

²¹⁹ Cf. Soares 1997, p. 48.

²²⁰ Petitot, André, 1989, p.236.

²²¹ Regulamento da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca – Hospitais da Universidade de Coimbra, 20 de Dezembro de 1952.

²²² cf. Soares, 1997, p.48.

que respeita aos serviços de enfermagem e serviços de apoio do hospital, respondendo só perante a administração; as alunas viviam em regime de internato em instalações separadas do hospital e sob a vigilância de uma enfermeira especialmente designada para essas funções. O papel social desta monitoras caracterizava-se pelo apoio moral e profissional, para a ajuda e orientação às alunas e não para as vigiar²²³.

Era explícita a recomendação para que os cursos funcionassem em regime de internato e que fosse dada preferência às candidatas do sexo feminino, pelo que a legislação criou a necessidade da instalação de lares/residências para todas as alunas, até mesmo as que habitavam na cidade em que a escola funcionava, (Cf. Soares, 1997, p.48).

Sociologicamente este é um facto importante para a análise, na medida em que a lógica era a do modelo tradicional da divisão entre o masculino e o feminino, onde a mulher fica votada (de maneira predominante) ao espaço privado (doméstico e lugar de reprodução), onde se perpetua a lógica da economia dos bens simbólicos, ou a essas espécies de extensões do mesmo espaço que são os serviços sociais (nomeadamente hospitalares) e educativos, baseando-se em dois princípios que as mulheres, mas também o meio que as rodeia, aplicam nas suas escolhas: de acordo com o primeiro desses princípios, as funções que convêm às mulheres situam-se no prolongamento das funções domésticas: ensino, prestação de cuidados, serviço; o segundo quer que uma mulher não possa ter autoridade sobre homens²²⁴.

A filosofia apontada²²⁵, assentava na formação do carácter moral das verdadeiras profissionais pelo conhecimento do bem e do mal e daquilo que lhes era pedido e aconselhado a cumprir na vida moral de futuras profissionais e de mulheres dignas desse nome, o que assume particular importância na medida em que de acordo com Bourdieu, (Cf.,1999, p.82) através da experiência de uma ordem social «sexualmente» ordenada, as raparigas incorporam, sob a forma de esquemas de percepção e de apreciação dificilmente acessíveis à consciência, os princípios da visão dominante que as levam a achar normal, ou até mesmo natural, a ordem social tal como existe e a anteciparem de certo modo o seu destino.

Os lares das alunas não eram apenas habitação. Pretendia-se que fossem locais de formação moral e profissional, proporcionando às residentes uma vida de comunidade familiar. Isto na perspectiva de Petitat (Cf.,1989, p.244) permite adquirir um estatuto de estudante, reconhecendo uma distinção entre o espaço privado e o espaço público, promovendo a

²²³ Documento em papel timbrado do Ministério do Interior – Inspeção da Assistência Social, dirigido ao Inspector chefe da Assistência Social, pelo Inspector Raul Repas Gonçalves. Participação num Conselho Escolar, (p.27).

²²⁴ Bourdieu, Pierre (1999) A dominação masculina, Celta, p.81.

²²⁵ Documento em papel timbrado do Ministério do Interior – Inspeção da Assistência Social, dirigido ao Inspector chefe da Assistência Social, pelo Inspector Raul Repas Gonçalves. Participação num Conselho Escolar, (p.26).

formação integral, o que não seria possível sem um certo «fechamento» deste espaço formado pelo hospital e pela residência.

Embora, houvesse também uma preocupação manifesta em melhorar cada vez mais o espaço de residência, na medida em que os Lares não lembrassem as enfermarias, para que as alunas pudessem, num ambiente diferente, fazer a descarga das vivências desagradáveis colhidas durante o estágio e lhes seja possível recuperar um perfeito equilíbrio emocional²²⁶.

Considerando o já anteriormente exposto quanto ao papel social reconhecido à mulher, na lógica da reprodução, parece estarmos também perante aquilo que Bourdieu (p.83) designa por economia dos bens simbólicos e estratégias de reprodução, essencialmente no que toca ao casamento, na medida em que neste caso a família e a igreja parecem ser os guardiões principais desse capital simbólico, no que respeita à proibição de casamento das enfermeiras ²²⁷. Em 1957²²⁸, já as enfermeiras se posicionavam desfavoravelmente em relação à proibição do casamento, na medida em que não consideravam a enfermagem em si, mas sim os horários excessivamente longos, incompatíveis com a vida familiar.

Esta situação social excluía as mulheres do universo das coisas sérias, dos afazeres públicos e muito especialmente económico, mantendo-as confinadas ao universo doméstico ou onde ocorria a extensão do doméstico, mas em que a actividade não sendo remunerada ou sendo-o de forma deficiente, as mulheres eram muito estimuladas a mostrarem-se dispostas ao benevolato²²⁹, nomeadamente caritativo ou religioso. Mas a partir dos anos 60, tal como refere Petitat (Cf.,p.246) as Escolas começam a desenvolver um novo modelo de formação, centrado na aprendizagem funcional de uma profissão e não mais pela iniciação a uma vocação. Embora a formação integral (Ib. p.301) do estudante de enfermagem fosse construída pouco a pouco em torno, dos rituais, dos saberes, dos ideais profissionais e religiosos, fundindo vida privada com a vida profissional, sendo que em 1965 era essa a filosofia em Portugal (considerando as condições sócio-políticas vigentes)²³⁰.

Para além da formação religiosa que era assumida, à formação social era também atribuída grande importância, onde as dimensões do comportamento geral e das liberdades individuais eram claramente reguladas (Nota I, p.61-62).

²²⁶ Ofício em papel timbrado da EEAR, nº 31 de 14 de Janeiro de 1959, enviado pelo Sr Director da Escola de Enfermagem Artur Ravara ao Inspector Chefe da Assistência Social. Questões Orçamentais, (p.5).

²²⁷ Decreto Lei nº 31.913 de 12 de Março de 1942, parágrafo 4 do Artº. 4º - o tirocínio ou prestação de enfermagem hospitalar feminina são reservados a mulheres solteiras ou viúvas sem filhos.

²²⁸ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de enfermagem. Direcção geral da Assistência Social, (p.58).

²²⁹ Bourdieu, Pierre (1989) A dominação masculina, p. 84-85.

²³⁰ Regulamento do Lar das Alunas – Enfermeiras de Santa Maria. Aprovado em Conselho de Direcção em 8 de Julho de 1965, (p.1).

A aproximação feita antes ao Sistema de Formação Nightingale, consubstancia-se também no que concerne à importância da função social das enfermeiras (monitoras), neste espaço de socialização.

Havia a norma de proibição, da parte dos serviços centrais que coordenava a formação em enfermagem²³¹ “(...) em manter no mesmo internato, e em regime comum, alunas dos cursos de enfermagem e enfermeiras já diplomadas”²³².

Mas existindo até à década de 70 uma proximidade muito grande entre as escolas e os hospitais, e assumindo os Lares /Residência uma importância relevada pelo que tem sido referido, é também evidente a existência à época de uma procura de estabelecimento de protocolos de cooperação que permitissem uma efectiva relação entre as diferentes instituições, por forma a contribuírem para a referida formação integrada.

Assim, logo no início da década de 50²³³, foi estabelecido “(...) um acordo de cooperação entre os Hospitais da Universidade de Coimbra e a escola de enfermagem do Dr. Ângelo da Fonseca, por um lado e o «Lar das alunas enfermeiras», (...)”, mostrando no seu conteúdo a dependência da Escola, como serviço do Hospital (Nota II, p.62), conforme política nacional e orientação do próprio Ministério do Interior, também em Lisboa “(...) o Lar funcionará em estreita ligação com a Escola de Enfermagem e com o Hospital de Santa Maria (...)”²³⁴.

A abordagem até agora tem sido centrada nos Lares femininos por serem eles que aconteciam em grande número por todo o país.

No entanto, em Coimbra de acordo com conhecimento da época houve uma experiência de Lar Masculino²³⁵. Alguns destes Lares, foram instalados em dependências dos HUC, a título precário (residência de Celas, Lares Castelo e Clínica Obstétrica) mas, satisfaziam os preceitos de higiene e de conforto. Foram criados por iniciativa do Dr. Coriolano Ferreira, sob a Direcção do Prof. João Porto e podem ser consideradas como verdadeiras obras sociais, pelo apoio económico dado aos jovens, na maioria provindos de classes de fracos

²³¹ Documento em papel timbrado do Ministério do Interior – Inspeção da Assistência Social, dirigido ao Inspector chefe da Assistência Social, pelo Inspector Raul Repas Gonçalves. Participação num Conselho Escolar.

²³² Regulamento da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca – Hospitais da Universidade de Coimbra, 20 de Dezembro de 1952, (p.12).

²³³ Documento em papel timbrado do Ministério do Interior. Inspeção da Assistência Social. Acordo de cooperação entre os HUC. Administração do LAR das Alunas Enfermeiras de Coimbra.

²³⁴ Regulamento da Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria. Aprovado por Despacho de sua Ex^a. o Ministro do Interior em, 21/12/56.

²³⁵ Documento em papel timbrado do Ministério dos Assuntos Sociais. Escola de Enfermagem Dr Ângelo da Fonseca. Os 100 anos da EEAF, 27.4.81. “Lares masculinos de curta duração, sendo retomada novamente em 1975. Foram fundados 11 lares – Lar Venâncio Rodrigues, Residência de Celas, Lar Castro Matoso; Lar Castelo; Lar de Rapazes; Lar Clínica Obstétrica (situado na Clínica Obstétrica dos HUC), Residência da Avenida Bissaya Barreto, Lar Sede; Lar Alexandre Herculano, Lar Venâncio Rodrigues nº 2 e actualmente a Residência da Escola, que é uma residência para ambos os sexos” (p.4).

recursos económicos e que não poderiam satisfazer encargos com pensionatos, como pelo apoio da formação.

A partir da Revolução de Abril as residências passaram a ser mistas.

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior trouxe uma outra lógica às residências, sendo actualmente em número muito reduzido as residências monodisciplinares, para passarem a ser também para os estudantes de enfermagem, pluridisciplinares e de integração inter ou mesmo transdisciplinar.

CAPÍTULO 3 - MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS NA SAÚDE. NOVAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

Por forma a enquadrar teoricamente o problema em estudo, importa introduzir uma reflexão sócio – histórica, embora que necessariamente breve, de como as mudanças na saúde, ocorrendo em interacção com as mudanças sociais, acabam por ter implicações também nas profissões de saúde e concretamente na Enfermagem.

No princípio do século passado, os serviços de saúde públicos e privados, estavam estruturados e vocacionados para atender os doentes e responder às necessidades das populações em termos de doença. A saúde correspondia à ausência de doença²³⁶. Deve referir-se, no entanto, que a saúde pública começou a ser uma preocupação em Portugal na primeira metade do século XIX.

No final de 1901, é criada a Direcção Geral de Saúde e Beneficência, relevando-se deste período a criação do ensino de saúde pública por Ricardo Jorge, pela criação do “*Instituto Central de Hygiene*, com a incumbência de *ministrar a instrução especial technica e conferir o tirocinio profissional pratico necessario como habilitação de admissão aos logares de medicos e engenheiros do corpo de saude publica*”(Ib. p.18).

Mas no que concerne à formação de enfermeiros, é na dimensão médico – científica que existem maiores repercussões, na medida em que ocorre a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e os avanços no campo da medicina e da farmacologia. Como consequência desta situação do domínio do modelo biomédico, que privilegia uma concepção de doença e das suas causas em termos microbiológicos e fisiológicos.

Muito especialmente depois da segunda guerra mundial, à medida que o acesso aos conhecimentos científicos e a técnicas e tecnologias mais sofisticadas, foi possível identificar novos agentes causais de doenças, bem como melhores diagnósticos, e melhores tratamentos, com melhores níveis de recuperação, acentuando o lado profilático da medicina; os seus aspectos curativos e preventivos estão íntima e inexoravelmente ligados à defesa e fomento da saúde.²³⁷ O Progresso obriga a tratar mais doentes com mais eficácia e em menos tempo. O acesso à informação, a valorização dos direitos humanos, a interculturalidade que começa a ter peso na sociedade, a medicina social, que já começara no século anterior, adquire um valor cada vez mais importante, onde a doença começa a ser estudada numa perspectiva global, considerando o ambiente familiar e o meio onde vivem e onde trabalham as pessoas.

²³⁶ Saúde em Portugal: Conceito e contexto, IN: A Saúde dos Portugueses, 1997, p.15.

²³⁷ Relatório elaborado sobre a situação da enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social (1957).

A metodologia epidemiológica do estudo das doenças (para além das doenças transmissíveis) de evolução prolongada, bem como do conhecimento do ambiente leva à criação da Organização Mundial da Saúde²³⁸.

Na dimensão sócio-cultural, emerge um discurso fortemente individualista, onde se procura a assunção de comportamentos saudáveis em termos individuais, desvalorizando o papel do Estado.

A formação na área da saúde tem conhecido nas últimas décadas mudanças essenciais no sentido de criar as condições anteriormente referidas, em que esta consciência se terá começado a desenvolver (no que respeita à intervenção dos enfermeiros) com a reforma do ensino de enfermagem de 1965, tanto na construção e ampliação de serviços de saúde, como no aumento do recrutamento e formação de enfermeiras²³⁹.

A sociedade produz alterações na Saúde das pessoas e consequentemente a enfermagem, em interdependência com as próprias descobertas científicas, as outras disciplinas e as transformações políticas e sociais, conduzem ao questionamento do antigo sistema de saúde, sendo que como refere Soares (Cf. 1997) os cuidados de enfermagem e a função do enfermeiro são objecto de reflexão teórica em cada época mas, na prática, eles são o produto de uma dada sociedade e com ela evoluem.

A epidemiologia assumiu um papel importante no desenvolvimento de uma visão da saúde, para além de conceito oposto a doença, mais evidente “nas sociedades que fizeram uma «transição epidemiológica»²⁴⁰ caracterizada pela evolução das doenças crónicas e degenerativas de populações envelhecidas, substituíram as doenças infecto-contagiosas, o que levaria os cuidados de saúde a evoluírem do «curar» (cure) para o «cuidar» (care)”. A componente social associada ao conceito de saúde, embora não sendo completa novidade, veio reforçar a mudança que já se adivinhava.

Em 1945, surgem algumas alterações na oferta pública de serviços de saúde. Os principais reflexos incidem no desenvolvimento dos grandes Institutos, designadamente de Saúde Materna, Luta Anti-Tuberculosa e Psiquiatria²⁴¹.

No relatório elaborado no final da década de 50, a Comissão Coordenadora de Enfermagem²⁴² considerava que a evolução económica, social e educacional modificou a

²³⁸ Um dos princípios da Constituição da OMS, adoptada na Conferência Internacional sobre Saúde, em 22 de Julho de 1946, Nova York, tendo entrado em vigor em 7 de Abril de 1948, sendo assumido como conceito de saúde: « A saúde é definida como um estado de completo bem – estar físico, mental e social.

²³⁹ Documento pessoal de Mariana Diniz de Sousa, subordinado à Revisão do Ensino de Enfermagem, produzido em Dezembro de 1964 (ainda confidencial) e que passou a não confidencial a partir de Maio de 1965, (p.1).

²⁴⁰ Wilkinson (1996a e 1996b) citado em Villaverde Cabral, p.38.

²⁴¹ Rodrigues, Luís A. Carvalho (Coord.) (2002) Compreender os recursos humanos do serviço nacional de saúde, p.33.

²⁴² Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão coordenadora dos serviços de enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social, (p.8 e p.17).

atitude das populações civilizadas para com os serviços de saúde. Devido a uma maior procura, os serviços têm que garantir cuidados a um número sempre crescente de indivíduos. Apontava-se já neste documento a necessidade de ter em consideração a nova postura paradigmática perante a saúde, com uma lógica diferente da missão da enfermagem parecendo haver cada vez menos razão para distinguir entre enfermagem de doentes e enfermagem de sãos, o que promovia uma necessidade cada vez mais clara em formar enfermeiros não só para a enfermagem hospitalar – curativa.

Já foi referido que a Saúde Pública como área de formação especializada antes mesmo da criação da Escola de Saúde Pública, teve mais visibilidade através da Escola Técnica de Enfermeiras, em que o “Dr. Arnaldo Sampaio, professor da ETE²⁴³, solicitou ao Dr. Burton²⁴⁴ uma conferência sobre esta temática dirigida a enfermeiras, que decorreu no anfiteatro do IPO” (Corrêa, p.266).

Decorria também desta(s) mudança(s) uma atenção especial às recomendações da OMS sobre Enfermagem, de que se destaca, desde a década de 50, a necessidade de formação polivalente enquanto educadoras para a saúde, liderando as equipas de saúde junto da comunidade e em consequência a necessidade de participação na definição das políticas de saúde (Cf. Corrêa, p.268-269).

O desenvolvimento dos serviços de saúde (década de 60)²⁴⁵, levou à emergência de uma nova concepção de hospital (e outros serviços prestadores de cuidados de saúde) encarado como estabelecimento onde para além de se curarem doentes, eram (ou deveriam ser) igualmente centros de prevenção da doença e promoção da saúde (Sousa, 1983), reforçando o anteriormente referido para o final da década de 50.

Foi no início da década de 60²⁴⁶ que em Portugal se começou a desenvolver um suporte normativo legal que suportasse uma política de saúde melhor orientada para a valorização das dimensões promoção e prevenção, para além da cura. Um dos factores apontados como inibidores das tentativas anteriores, que falharam, passam pelo facto de que a política de saúde tem de integrar-se na orientação geral da política do país. Quando os diplomas referidos foram publicados, a saúde era considerada como uma actividade essencialmente privada, actuando o Estado com função supletiva; agora a saúde é considerada como da responsabilidade do Estado (Providência).

²⁴³ era então Director do Gabinete de Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência.

²⁴⁴ Director do Serviço de Educação Sanitária da OMS, então no nosso país.

²⁴⁵ Na década de 60, a criação do Estatuto Hospitalar que procura modernizar o funcionamento dos Hospitais é, sem dúvida, o facto mais relevante a assinalar. Ainda neste período assiste-se à criação de uma vasta rede de postos médicos (cuidados ambulatoriais), passando o sistema de Previdência a assumir um papel importante, como organizador dos cuidados médicos para aos trabalhadores e familiares, (Ib. p.33).

²⁴⁶ Publicação da Lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963, correspondente ao Estatuto da Saúde e Assistência.

Sabe-se que desde as primeiras medidas de reorganização, o sistema de saúde é hospitalocêntrico (embora seja necessário considerar que o hospital nem sempre teve as mesmas características), pois na história da medicina e da assistência à doença, o hospital esteve sempre presente, embora as mudanças na política de saúde das últimas décadas, tenham produzido impactos que importa referenciar.

Se o hospital foi até aos anos 60 a peça central do sistema (Cf., Carapinheiro, 1998) e, se a partir de 60 passou a ser considerado uma peça superior, mas não central do sistema de saúde, esta mudança de posicionamento foi identificada como resultado das mudanças políticas que substituíram o hospitalocentrismo pela saúde pública (embora como se viu fosse já uma preocupação desde o início do século – reforma de Ricardo Jorge), através da consagração legal da filosofia de prevenção e promoção da saúde e do esforço da organização dos órgãos e serviços vocacionados para os cuidados de saúde primários.

Os enfermeiros discutiam sobre esta problemática reflectindo sobre o verdadeiro lugar do Hospital no Sistema de Saúde, na medida em que só uma percentagem de 5 a 15% de cuidados médicos são prestados na área hospitalar, o que sem diminuir a sua missão, fazia reflectir sobre os outros contextos de prestação de cuidados²⁴⁷.

A importância atribuída à Saúde Pública e à debilitada situação da saúde da população portuguesa, fazia despoletar um grande interesse para que ocorresse uma viragem na política de saúde.

A concepção filosófica e metodológica “Da saúde para a doença”²⁴⁸, implicou profundas alterações no plano de prestação de cuidados de saúde, o que já se observava nalguns países. Entre nós passou a atribuir-se um importante papel aos Hospitais, na educação de saúde da população, através dos que os procuravam em situação de doença.

Ainda de acordo com os enfermeiros em Congresso (1985) o gosto pela alta tecnologia, do caso difícil e raro, da patologia hospitalar seduz. Os Hospitais têm sido o principal local de formação e a herança que os afasta da medicina familiar, ambulatória e de saúde pública.

A transição no processo formativo dos enfermeiros, insere-se no que Cabral designa por «tradição sociológica», caracterizada pelo avanço da «tradição da saúde pública» em relação à «tradição clínica», que permitiu a afirmação de um paradigma epidemiológico complementar ao paradigma biomédico. A sociologia encontrou na epidemiologia uma disciplina aliada, dada a exclusão desta do núcleo institucional e intelectual da medicina. A crítica epidemiológica do modelo biomédico – que atribui, na opinião dos epidemiologistas

²⁴⁷ Congresso Nacional de Enfermagem. Comunicações e Conclusões. Livro de Actas. 1985, (p.230-231).

²⁴⁸cf Corrêa, 2002, p.265.

excessiva atenção aos cuidados clínicos e esquece a importância da prevenção – aproximava-a das preocupações sociológicas.

Mas já na década de 70, em reunião semelhante²⁴⁹, se desenhava a preocupação de reflectir na perspectiva da organização dos cuidados pela tentativa de clarificação do conceito de sujeito de cuidados, numa transição entre o paciente e o cliente. Sugeria-se também que o serviço domiciliário deveria ser organizado em novos moldes no que se refere a cuidados de enfermagem e, assim, além de serviços curativos específicos, a enfermagem domiciliária deve também incidir na educação sanitária e na profilaxia de todos os membros da família. Existia assim, matéria suficiente para promover a necessidade de promover a transição na formação dos enfermeiros, na continuidade do iniciado nas décadas anteriores.

Os serviços de saúde em Portugal são reorganizados em 1971, pelo Decreto Lei nº 413/71, tendo por base uma filosofia inovadora, com prioridade às actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença. A política de saúde consagrada neste diploma visa garantir o direito à saúde, sendo de relevar que muito do debatido e adoptado sete anos depois na Conferência de Alma Ata, já se encontrava contemplado no texto deste diploma²⁵⁰. É a partir desta data que se inicia a criação de centros de saúde (de 1ª geração) em quase todos os concelhos, que têm uma actividade predominantemente vocacionada para a saúde da mãe e da criança²⁵¹.

Nas suas linhas gerais, a reforma de 1971, decorre do conhecimento do que se passa no estrangeiro, quanto à evolução da saúde (Nota I, p.63), sendo que «ao mesmo tempo que se definiam as bases e se estabeleciam as estruturas, era indispensável proceder à instauração de regimes de trabalho e de aperfeiçoamento do pessoal do Ministério, por meio de carreiras profissionais que se adaptassem às necessidades dos serviços e com definição exacta das condições de ingresso, promoção e acesso a cada categoria.

A abertura do estado Português à evolução nas questões da saúde, teve também a sua influência no desenrolar das políticas de saúde a partir dos anos setenta, tendo desempenhado um papel fundamental alguns acontecimentos de nível internacional²⁵², com repercussões evidentes nos ganhos em saúde, considerando que «uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida»(Carta de Otawa) (Ib. p.19).

²⁴⁹ Congresso Nacional de enfermagem. Comunicações livres. Lisboa, Novembro de 1973.

²⁵⁰ A saúde em Portugal: Conceito e contexto. IN: A saúde dos Portugueses (1997, p.19).

²⁵¹ Rodrigues, Luís A. Carvalho (coord.) (2002) Compreender os recursos humanos do serviço nacional de saúde, p. 33.

²⁵² A saúde em Portugal: Conceito e contexto. IN: A saúde dos Portugueses (1997, p.19) “ Destacamos a Conferência de Alma Ata (1978), As Estratégias e as Metas da Saúde para Todos (OMS 1985) e a Conferência de Otawa (1986)”.

A situação portuguesa era discutida com abertura pelos enfermeiros e outros profissionais, embora considerando a situação sócio-política à altura, que em conjunto discutiam esta problemática²⁵³, caracterizando-se “o perfil sanitário português com características diferentes das dos países ocidentais, situa-se numa posição original, pois já apresentava indicadores, qualitativa e quantitativamente próximos dos países industrializados e ainda alguns dos países subdesenvolvidos; por exemplo as doenças cérebro-vasculares, as afecções isquémicas e hipertensivas do coração e dos tumores malignos (...)”(p.232).

Decorrente desta situação construía-se cada vez mais a concepção de que “a enfermagem pode intervir para além cura da doença, pois esta não constitui o melhor meio para se alcançar uma sociedade mais saudável. A enfermagem privilegia a promoção da saúde e a profilaxia da doença”(Ib.p.367), o que implicava uma perspectiva diferente da formação dos enfermeiros, bem como a noção de que “os recursos humanos existentes são aparentemente suficientes, quando se calculam em relação à população que servem”(1981 p.232), o que ao assumir as mudanças de paradigma na saúde, mais centrada nos cidadãos e numa relação dinâmica entre estes e o ambiente, colocava aos responsáveis políticos a introdução de estratégias formativas, por forma a dar resposta às «novas» necessidades criadas.

O hospital português tem acompanhado e incorporado os avanços técnico - científicos que na Europa e no Mundo se foram realizando e que na actualidade contribui para o corpo de saberes das ciências da saúde.

Enquanto organizações complexas, onde acontece interdisciplinaridade, tanto na lógica dos recursos intelectuais como humanos, torna-se indispensável inseri-las na rede de organizações prestadoras de cuidados, mas onde acontece em simultaneidade, ensino e formação, no âmbito da saúde.

Nestes contextos de prestação de cuidados (hospitales), entrecruzam-se profissionais com percursos; interesses; formação e orientações paradigmáticas diferentes; motivações e ideologias diversas e como seria de esperar racionalidades diferentes, o que poderá dificultar ou impedir a formação de «uma» identidade colectiva.

Na década de 70, era evidente a participação dos enfermeiros²⁵⁴ no debate que se produzia, em consequência da Reforma de 1971 (Reforma Gonçalves Ferreira), onde são evidentes as repercussões das mudanças da política de saúde, na formação dos enfermeiros²⁵⁵.

²⁵³ Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem que decorreu em Coimbra nos dias 5 a 10 de Abril de 1981.

²⁵⁴ Citado em Corrêa, 2002, p.267 – Grupo de enfermeiras representantes da enfermagem de saúde pública – que produziu um documento, posteriormente entregue ao Secretário de Estado de Saúde e Assistência em 1972. (p.268)

À altura era referido por Corrêa, ser estranho não terem sido consideradas as sugestões e os pareceres apresentados por um grupo nomeado oficialmente e presidido pelo Director do Gabinete de Planeamento, na revisão das carreiras de Saúde Pública, incluída no Decreto Lei nº 72 de Abril de 1971, essencialmente na existência de formações de duração académica, bem como os conteúdos dos programas, e ainda a exigência de um curso em Saúde Pública para as enfermeiras habilitadas com um Curso de Enfermagem Geral, essencialmente a partir da reforma de 1965.

Com a revolução de Abril de 1974, acontecem as maiores mudanças sociais a todos os níveis e em relação à saúde, é preconizada a criação de um Serviço Nacional de Saúde, princípio entretanto consagrado na Constituição da República (1976) no seu artigo 64º.

Em relação à política de saúde do Governo, colocavam-se algumas questões²⁵⁶ consideradas interessantes para reproduzir, no sentido de uma melhor compreensão da relação entre as mudanças na saúde e a adequação na formação dos enfermeiros, passando pelo alargamento da rede de escolas (Nota II, p.63).

A integração no Ministério da Saúde, dos Serviços da Previdência, bem como a nacionalização dos hospitais das Misericórdias, foram alguns passos percorridos para a concretização do Serviço Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 56/79 de 15 de Setembro.

No que concerne à formação de enfermeiros, e de acordo com o preâmbulo do Plano de Estudos de 1977²⁵⁷, “a população tem vindo a consciencializar-se dos direitos que lhe assistem em matéria de saúde (...), tornando-se essencial desenvolver uma capacidade de resposta adequada às necessidades decorrentes dessa consciencialização. Pretendeu-se minorar o desfasamento entre as condições de Saúde actuais e a formação ministrada nas escolas de enfermagem” (p.5) tornando-se relevante considerar os indicadores de saúde actuais e a situação sanitária do país. (...) a política de saúde que o país exige (...) fundamentar nos seguintes princípios: (...) a saúde é uma responsabilidade do Estado; (...) os serviços de saúde terão de estar à disposição de TODA a população; (...) a comunidade deve participar activamente na acção sanitária através dos meios próprios que vier a estabelecer; (...) os serviços preventivos e curativos devem ser integrados”(p.6).

Cada vez se tornavam mais evidentes os limites impostos: falta de recursos financeiros, falta de recursos humanos e falhanços espectaculares nos recursos técnicos²⁵⁸ (p.63).

²⁵⁵ Ib. p.267 “Tendo em conta o aumento considerável de população a assistir nas instituições de saúde decorrente do acordo com as Caixas de Previdência em Janeiro de 68 e a referida proliferação de centros de Saúde, era lógica a necessidade de aumentar o corpo profissional de Enfermagem.”

²⁵⁶ Informação em Papel timbrado do INSA DEE à consideração superior, cujo Assunto era: Cobertura do país em Escolas de Enfermagem, 29/11/74.

²⁵⁷ Curso de enfermagem Geral, aprovado por Despacho de S. Ex^a. o Secretário de Estado da Saúde em 9.8.76. Plano de estudos e programas.

²⁵⁸ 2º Congresso Nacional de Enfermagem.

Havia no entanto uma responsabilidade assumida pelo Estado Português em relação aos princípios orientadores que provinham da influência estrangeira e da qual se destaca a Declaração de Alma Ata sobre os cuidados de saúde primários, pelos quais os Estados se comprometiam a atingir no ano 2000 um nível de saúde que lhes permita (aos cidadãos) levar uma vida social e economicamente produtiva. A proximidade dos cuidados à população é um outro princípio de monta, considerando-se que o grau de avanço na protecção do cidadão e da comunidade, nas suas condições de saúde, reside no bom funcionamento da nova instituição de saúde que é o Centro de Saúde, onde se possam prestar cuidados globais e continuados.

Actualmente preconiza-se que a saúde está na qualidade da relação dos indivíduos com o seu ambiente. Se esta é boa, as condições de existência, os comportamentos e a auto-estima reforçam-se mutuamente e produzem efeitos positivos sobre todos os elementos que compõem cada micro-ambiente (veja-se como os princípios de Nightingale são actuais, (Cf. p.10, desta Tese).

Em 1983, viria a ser publicado o Despacho Normativo nº 97/83 que aprova o regulamento dos Centros de Saúde (de 2ª geração), que no que concerne à enfermagem, não promoveu uma adequada intervenção onde as qualificações adquiridas com a formação, considerassem as reais necessidades das populações.

Desta legislação decorreu um predomínio da acção dos médicos, o que naturalmente desmente a existência do trabalho de equipa, indispensável e reconhecido como metodologia básica do trabalho de saúde pública, podendo considerar-se este Despacho Normativo «esterilizador» do desempenho da enfermeira, papel esse reconhecido como importante desde os fins do século XIX a nível dos cuidados ao domicílio e desde os anos 50 (!) reconhecido como insubstituível na obtenção dos níveis de saúde da população, cada vez mais elevados.

Na actualidade, as preocupações adquirem de facto uma dimensão individual, conforme emergência do debate sobre o meio ambiente e as implicações na saúde global humana e no desenvolvimento²⁵⁹, assumindo-se que a saúde de um indivíduo resulta da interacção entre a carga genética, os seus comportamentos, o ambiente físico e a sociedade em que vive, desenvolvendo os fundamentos conceptuais e científicos para uma saúde mais dinâmica e relacional.

A medicina foi estendendo a sua acção, nos cuidados primários e nos diferenciados, ao indivíduo saudável, persuadindo-o de que pode ser um sujeito em risco e como tal é útil seguir o acompanhamento do médico. Embora, a evolução das actividades nos Centros de

²⁵⁹ Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento – Conferência do Rio-Eco9. IN: A saúde em Portugal: Conceito e contexto. IN: A saúde dos Portugueses (1997, p.19 - 20)

Saúde, tenha ocorrido no sentido de uma «medicalização» da actividade respectiva, na sua maioria, serviços de recurso em caso de necessidade, e não instituições prioritariamente de educação, ensino e prevenção.

É, no entanto, no hospital moderno que de forma mais evidente, se confrontam duas práticas de medicina: a humanista e a tecnocrata. A primeira centra-se no primado da observação clínica tradicional; a segunda, coloca a tónica nos dados objectivos obtidos pelas modernas tecnologias. Mais do que a oposição das duas visões, a conciliação das mesmas será crucial para a correcta abordagem da doença, no contexto *doente* – visão biomédica²⁶⁰.

A formação inicial (entre 1980 e 1983) caracterizava-se pela formação teórica e o trabalho serem relativamente próximos no que respeita ao paradigma em que ambos se baseavam. Apesar de, na perspectiva da formação teórica ter havido uma procura de desenvolvimento dos conteúdos e dos objectivos da formação em enfermagem mais consentâneo com a descentralização da doença e do hospital, continuou, no entanto, a privilegiar muito a dicotomia saúde/doença. A ênfase nas Ciências Sociais e Humanas era diminuta, no que respeita à formação dos enfermeiros, relativamente ao peso que tinham algumas das ciências naturais nessa mesma formação.

Começava a ser cada vez mais importante a crença de que não parecia ser possível responder a carências actuando no sector de assistência na doença, mas sim procurando decididamente actuar na melhoria da qualidade de vida, preconizando-se que as medidas a tomar terão que resultar da acção conjunta de técnicos de formação diversificada, apontando para a necessidade de que os programas sanitários não devem ser da exclusiva competência dos técnicos de saúde²⁶¹.

Os enfermeiros começam a valorizar a avaliação das capacidades das pessoas como forma de testar o nível de cuidados prestados, através de mudanças no acolhimento dos utentes, necessitando para isso de formação que ajude a desenvolver um método e os instrumentos necessários à afirmação da enfermagem no domínio da saúde, como disciplina autónoma.

Mas esta postura não era isenta de tensões e mesmo conflitos, na medida em que “obrigava a uma mudança de mentalidade profissional por parte, (...) das duas profissões mais presentes na saúde – médicos e enfermeiros” e esta dificuldade é mais compreensível se se tiver em conta que “durante 40 anos as caixas de Previdência, deseducaram o público que agora vê os serviços de saúde como meros produtores de consultas e deseducou os profissionais de saúde, porque os obrigou a um trabalho sem continuidade, sem

²⁶⁰ Que se distingue da visão da enfermagem que não tem como finalidade a intervenção do exterior, mas sim com a pessoa no seu todo, que tem hábitos e estilos de vida, que interessa conhecer para poder ajudar a tomar as decisões mais adequadas ao bem estar.

²⁶¹ 2º Congresso Nacional de Enfermagem.

responsabilidade, em cadeia e em que o doente passou a ter um número que vinha buscar uma baixa ou uma receita” (orientação para a racionalidade técnica) (p.232)²⁶².

Impunha-se assim “(...) uma melhoria dos recursos humanos do sector da saúde, o que fazia requerer a definição precisa de²⁶³ funções de cada tipo de profissional, a promoção da sua motivação e um planeamento do número e distribuição regional e local desses profissionais”(p.9) de forma integrada com a importância de que exista “(...) um serviço de âmbito universal (...) que abranja a totalidade da população, com regalias idênticas, independentemente da sua forma de actividade, residência ou nível económico”(p.66), resultando como alteração²⁶⁴ mais significativa entre 1977e 1979 a “(...) criação do Serviço Nacional de Saúde (...)”(p.1) através da Lei 56/79, mais conhecida por Lei Arnaut²⁶⁵.

Este diploma foi substituído pela Lei de Bases da saúde, aprovada pela Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, nos termos da qual o Ministério da Saúde tem como atribuições definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas, promover e avaliar a sua execução e coordenar a sua acção com a dos Ministérios que tutelam áreas conexas.

Vivem-se na actualidade algumas mudanças na política da saúde, mais no âmbito dos modelos de gestão, do que propriamente numa reforma política da saúde.

²⁶² Congresso Nacional de Enfermagem.

²⁶³ Relatório de Diagnóstico de situação preparatória do Plano de 1977/80. Gabinete de estudos e planeamento da Secretaria de estado da Saúde.

²⁶⁴ Relatório de objectivos e vias de solução – trabalhos preparatórios do plano 1979/1984. Gabinete de Estudos e Planeamento da Secretaria de Estado da Saúde. Agosto 1978.

²⁶⁵ O Serviço Nacional de Saúde foi criado pela Lei nº 56/79 de 15 de Setembro, após terem sido dados alguns passos como a integração dos Serviços da Previdência no Ministério da Saúde, bem como a nacionalização dos hospitais das Misericórdias.

CAPÍTULO 4 – A ESCOLA DE ENSINO E ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM, RUMO À CONSTRUÇÃO DA «ESCOLA» DE ENFERMAGEM

A reforma de 1965²⁶⁶, teve entre outros objectivos a actualização dos programas de ensino e a tentativa de uniformizar a preparação profissional dos enfermeiros, foi de grande importância para o progresso do grupo profissional dos enfermeiros, constituindo-se numa linha de força à sistematização do conhecimento em enfermagem e ao movimento de profissionalização dos enfermeiros.

As mudanças previstas e consubstanciadas nesta reforma permitiram identificar claramente as necessidades de formação de profissionais que conduzissem de forma competente a formação e o exercício da enfermagem em Portugal²⁶⁷, “decorrente da reforma de 64/65, a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem promoveu a especialização dos saberes e a disciplina de enfermagem foi muito desenvolvida, de forma interdisciplinar com os melhores professores de sociologia, que era uma disciplina que ainda não era dada em parte nenhuma”(p.13).

Embora existisse em Portugal formação especializada e complementar, desenvolvida em diversas escolas existentes à altura, os métodos e as estratégias utilizadas, bem como os objectivos e os conteúdos das disciplinas não eram aparentemente promotoras da aquisição e do desenvolvimento de saberes e competências que permitissem uma adequada articulação teórico prática.

Pela Portaria nº 22.359 de 27.02.67 cria a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, na sequência da revisão geral do ensino de enfermagem, destinada especialmente à preparação do pessoal para cargos de chefia de serviços e de ensino de enfermagem²⁶⁸, tendo sido constituída uma “Comissão Instaladora - Presidente: Enfermeira D. Mariana Dulce Diniz de Sousa e Vogais: Dr^a. D. Maria dos Prazeres Couceiro Pizarro Beleza e a Enfermeira Dona Emília Maria Costa Macedo”(p.2).

²⁶⁶ Decreto Lei nº 46.448 de 20 de Julho.

²⁶⁷ Entrevista realizada a Enfermeira Mariana Diniz de Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros.

²⁶⁸ Brochura referente à criação e inauguração da EEAE – 67. Discurso do Ministro da Saúde e Assistência. “No relatório do Decreto Lei nº 46.448 de 20 de Julho de 1965” (p.6) “Na missão da Escola estava claramente definido que “(...) será professado o curso de enfermagem complementar e outros que lhe sejam confiados por despacho ministerial. Pretende-se com a criação desta Escola e com toda a remodelação do curso de enfermagem complementar (de que falaremos em capítulo próprio), criar um espírito novo na formação pós-básica de enfermagem, atendendo às necessidades cada vez maiores de preparação de pessoal para funções docentes e de chefia”.

A OMS, assegurava à altura, a sua colaboração aos Países que a solicitavam através das instituições responsáveis, ao mais alto nível, pelos assuntos da saúde “A Escola começou por sugestão da própria OMS, que esteve (em Portugal) nos anos 60, quando ocorreram as reformas do ensino de enfermagem, esteve cá uma consultora que defendia (...) as mudanças de curso, (...) de programa, de currículo, do curso de enfermagem, (...) tínhamos que formar líderes e que era preciso formar pessoas que soubessem muito bem ensinar as pessoas, e que soubessem chefiar (...)”²⁶⁹(Nota I, p.64).

Com a criação desta Escola, deu-se um passo importante para o aperfeiçoamento do serviços de enfermagem, dado que, através dela, se prosseguem estas duas importantíssimas finalidades: preparar pessoal de chefia qualificado para os quadros de enfermagem dos estabelecimentos de saúde, dotando-os, de profissionais à altura das tarefas complexas e cheias de responsabilidade dos hospitais e serviços de prevenção modernos; segundo, fornecer a todas as Escolas de enfermagem de base os monitores/professores necessários para o desenvolvimento dos cursos, sendo esta uma das graves dificuldades com que se lutava na altura²⁷⁰.

Em 1964 foi levado a cabo um Inquérito a todas as Escolas de enfermagem do país, liderado pela Direcção geral dos Hospitais²⁷¹, organismo do qual dependia à altura o ensino de enfermagem e consequentemente as Escolas. Da análise dos inquéritos, identificava-se a insatisfação dos docentes, concluindo-se entre outras dimensões que era necessário desenvolver a formação noutros moldes”(p.12).

Anteriormente à criação da Escola, a formação dos docentes e dos enfermeiros chefes era feita em horário pós-laboral, pelo que era urgente mudar a formação destes, a tempo inteiro, de que decorria a reformulação do Curso de Enfermagem Complementar, e isto com o apoio da OMS²⁷².

A satisfação em poder dispor de tão relevante unidade, particularmente no momento em que havia o empenho na reestruturação profunda da organização dos serviços de saúde periféricos, era para além do discurso político, também o sentido atribuído pelos participantes (formandos) às actividades desenvolvidas pela escola, “promovendo o desenvolvimento da autonomia dos enfermeiros, começando a actuar e a utilizar uma linguagem de gestão (para as unidades de prestação de cuidados) e pedagógica (para as escolas)”²⁷³.

O estatuto da Escola determinava a autonomia técnica e administrativa, pelo que não dependia de qualquer outra instituição, nem sob o ponto de vista técnico, nem

²⁶⁹ Entrevista realizada a Mariana Diniz de Sousa, em Março de 2003.

²⁷⁰ Brochura referente à criação e inauguração da EEAE – 67. Discurso do Ministro da Saúde e Assistência.

²⁷¹ Direcção Geral onde estavam as Enfermeiras, Fernanda Rezende, Mariana Diniz de Sousa e Costa Reis, bem como o Dr. Coriolano Ferreira.

²⁷² Entrevista a Enfermeira Maria Aurora Bessa, realizada em Março de 2003.

²⁷³ Entrevista realizada a Ernesto da Fonseca em Março 2003.

administrativo. A tutela era do Ministério da Saúde, dependendo da orientação e fiscalização da Direcção Geral dos Hospitais, tal como todas as outras escolas dependentes do mesmo Ministério²⁷⁴.

Havia, no entanto, uma relação muito estreita com outras escolas estrangeiras não só a nível de intercâmbio, tendo recebido inúmeros visitantes de prestígio e projecção internacional, de que se destaca o Director da Organização Mundial de Saúde para a Região da Europa, mas também pelo facto de a Escola ser Membro da Federação Internacional dos Hospitais e que em 1968 foi admitida na Comissão de Escolas de Ensino Superior da Europa, escolas essas que se dedicavam à preparação, a nível pós-base, de chefes e professores de enfermagem²⁷⁵.

A própria estrutura organizativa da Escola apresentava diferenças, que se consideravam mais consentâneas com uma escola de ensino de nível superior, procurando seguir uma linha de orientação que se filia nos objectivos de uma instituição do ensino superior, contando na sua organização com «um Conselho de Orientação Pedagógica»²⁷⁶.

A criação desta Escola acontecia em Portugal à semelhança do que ocorria noutros países, onde as enfermeiras portuguesas faziam formação, “A Escola de Lyon e a Escola da «University of Edinburgh, Department of nursing» correspondem a projectos apoiados pela Divisão de Enfermagem do Bureau da OMS para a Europa, tendentes a facilitar às Enfermeiras dos vários países europeus, o acesso a cursos superiores de enfermagem realizados, um, numa universidade de língua francesa, outro, numa universidade de língua inglesa”²⁷⁷ (p.293).

Em 1967, além da criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, com o intuito de dar resposta às acrescidas necessidades de pessoal de enfermagem em Saúde Pública, é criada em 8 de Setembro a Escola de Enfermagem de Saúde Pública, cujo principal objectivo era preparar em dois anos, enfermeiras para exercício na comunidade. Embora este curso não correspondesse a qualquer especialização, foi por esta altura que os Cursos de Especialização em Enfermagem começaram a aparecer com um novo formato²⁷⁸. A referência à criação desta escola, é oportuna neste momento na medida em que após o 25 de Abril a EEAE é saneada enquanto escola com os objectivos iniciais, para passar a integrar outras duas escolas – a de saúde pública e a de psiquiatria, dando origem à Escola Pós Básica de Lisboa, na medida em que de há muito se fazia sentir a necessidade de centralizar numa única escola, o ensino a nível post-base, permitindo uma concentração de meios e esforços, para que o ensino pudesse ser mais rentável e, consequentemente, se

²⁷⁴ Brochura criação e inauguração da EEAE-67. Discurso do Ministro da Saúde e Assistência. Lisboa 28/11/67.

²⁷⁵ Brochura comemorativa do V Aniversário da EEAE.

²⁷⁶ Entrevista realizada a Maria Aurora Bessa, em Março de 2003.

²⁷⁷ Corrêa, B. Mello (2002). Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988, p.293.

²⁷⁸ Corrêa (2002, p.264) . O Sublinhado é nosso.

obtivessem resultados que, projectados na prática, traduzissem uma maior eficiência dos serviços. Para isto procedeu-se à nova estruturação do curso de enfermagem complementar, que tinha como objectivos fundamentais: - preparar enfermeiros para funções docentes, de chefia e de direcção de serviços de enfermagem; - realizar cursos ou outros programas que visassem o aperfeiçoamento do ensino e do exercício de enfermagem em todos os ramos.

A centralidade inerente a uma única escola situada em Lisboa, colocava à discussão o facto de existir mais do que uma escola ou não, existindo prós e contras²⁷⁹ pois, a existência de uma única Escola de Ensino e Administração em Lisboa, com um número limitado de admissões, impedia a preparação do pessoal de chefia e docentes, em quantidade suficiente para todos os serviços hospitalares e de saúde pública e para as escolas. No entanto, a criação de mais escolas não seria solução para o problema, pois tornar-se-iam desnecessárias logo que estivessem preenchidas as vagas.

A EEAE começava por distinguir-se na sua participação ao nível da discussão e da influência para a tomada de decisão em aspectos cruciais ao desenvolvimento progressivo da profissão e da disciplina de enfermagem, bem como a nível da organização das demais escolas de enfermagem pois, através do seu Conselho Escolar – de que fazia parte uma representação dos alunos – manifestava-se em relação aos projectos em curso para as reformas do ensino de enfermagem (Nota II, p.64). Também a preparação e a formação dos enfermeiros responsáveis pelo ensino de enfermagem nas escolas existentes à altura, se constituiu num dos desígnios da escola, como refere Sousa²⁸⁰ “ porque as reformas que se estavam a fazer nas outras escolas exigiam que existisse pessoal docente muito mais preparado e exigia pessoal para os hospitais” (p.12).

Face às dificuldades já antes identificadas quanto à descoordenação existente a nível do ensino de enfermagem, era claro o posicionamento da Escola, quanto à vantagem que todas as Escolas dependessem dum Serviço Central único, para que se executasse um melhor planeamento, orientação e coordenação de todo o ensino de enfermagem. Nesse Serviço Central reunir-se-ia pessoal altamente especializado, nomeadamente em planeamento e administração de escolas²⁸¹.

Para além da formação pós – base, inerente à missão da Escola, outra das dimensões importantes a desenvolver e, considerada como essencial ao desenvolvimento da disciplina e da profissão, foi a Investigação²⁸² (Nota III, p.64). A forma como a Escola procurou iniciar e promover a investigação como essencial ao desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, passou por iniciar estudos e outros trabalhos que visavam o aperfeiçoamento do ensino e do exercício de enfermagem no país, cooperando com entidades oficiais e

²⁷⁹ Relatório de Diagnóstico da situação de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, Janeiro 1977.

²⁸⁰ Entrevista realizada em Março de 2003 a Mariana Diniz de Sousa – Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

²⁸¹ Brochura comemorativa do V Aniversário da EEAE, (p.9).

²⁸² Entrevista a Enfermeira Maria Aurora Bessa, realizada em 2003.

particulares no desenvolvimento da enfermagem portuguesa prevendo que as implicações pedagógicas e até institucionais, desta nova perspectiva do ensino teriam de ser profundas, sendo indispensável associar o ensino à investigação o que se conseguiria se a Escola tivesse promovido a investigação em associação com o exercício. A interrupção em 1974, da Missão da Escola, bem como a persistência da não integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, terão impossibilitado esta finalidade.

A Formação Permanente teve também, com a criação e o desenvolvimento da Escola um novo impulso²⁸³. Tal foi a importância atribuída à Escola, no que respeita à formação permanente, que era à época²⁸⁴ parte integrante da missão da mesma, promover actividades de actualização e aperfeiçoamento, especialmente dirigidas aos enfermeiros que exerciam funções docentes, de direcção e de chefia dos serviços de enfermagem. Com as actividades de actualização pretendia-se aperfeiçoar os participantes para a necessidade de uma educação permanente. Quando um enfermeiro iniciava nesta escola qualquer actividade de actualização, sabia de antemão que a Escola lhe oferecia a continuidade na sua formação²⁸⁵. Esta actividade era reconhecida pelos próprios relatórios sobre a situação da saúde, produzidos à altura²⁸⁶ “Na actualização do pessoal tem-se feito um esforço, traduzido na enorme quantidade de cursos de aperfeiçoamento organizados pela Escola de ensino e Administração e pela Escola de Enfermagem de Saúde Pública”(p.229).

O prestígio da Escola era mencionado com frequência, considerando como factores prestigiantes o facto das actividades desenvolvidas, atingirem um grande número de pessoas, enfermeiros e outros com quem trabalhavam de perto²⁸⁷ (Nota IV, p.65).

A EEAE desempenhou um papel importante na reorganização do ensino de enfermagem em Portugal, embora na perspectiva de Sousa²⁸⁸ tenham existido duas fases, uma correspondente aos primeiros dez/doze anos e depois a diluição da Escola, com a união a outras duas. “Mas sem dúvida nenhuma foi uma escola que fez «Escola»”(p.15).

O trabalho desenvolvido a nível da Formação Permanente, permitiu abrir o leque formativo a grandes grupos de enfermeiros, promovendo a discussão de questões centrais à enfermagem enquanto profissão e disciplina o que conduziu à necessidade da descentralização da Escola²⁸⁹.

Esta foi uma decisão política a que se fará referência no capítulo seguinte, a propósito da constituição da Rede de Escolas.

²⁸³ Entrevista a Enfermeira Maria Aurora Bessa em Março 2003.

²⁸⁴ Brochura comemorativa do V Aniversário da EEAE. Sessão Comemorativa em 26/11/72. (p.8)

²⁸⁵ Ib. (nota 284)

²⁸⁶ Relatório de Diagnóstico de situação preparatória do plano de 1977/80. Gabinete de Estudos e Planeamento da Secretaria de Estado da Saúde. Janeiro de 1977.

²⁸⁷ Brochura comemorativa do X Aniversário da EEAE.

²⁸⁸ Ib. Nota anterior

²⁸⁹ Entrevista realizada a Enfermeira Arminda Costa, em Março de 2003 (p.7).

CAPÍTULO 5 - A “NOVA” REDE DE ESCOLAS DE ENFERMAGEM. A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA DOS ANOS 70 À ACTUALIDADE

Na década de 60 ocorreram alterações profundas no ensino de enfermagem, de que se destacam a reforma de 1965 e a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, no que concerne às questões relacionadas com a Educação por um lado e, com as mudanças na organização dos serviços de saúde, da qual a mais importante terá sido a tentativa de valorização da saúde pública como paradigma de prestação de cuidados mais próximo das populações.

A evolução que aconteceu nas escolas de enfermagem ao tornarem-se verdadeiros estabelecimentos de ensino iniciou-se em 1958 pois, por força da legislação de 1952 passaram a ter autonomia técnica e administrativa, deixando de ser serviços de outros estabelecimentos de saúde, especialmente hospitais²⁹⁰. Com a reforma do ensino de enfermagem em 1965 e, com a legislação de 1967 (Decreto Lei 48.116 de 27 de Dezembro) que cria a carreira de ensino de enfermagem, houve que proceder a uma revisão paralela do próprio funcionamento das escolas. Por isso foi preparado um regulamento geral para as escolas.

O défice de enfermeiros que se fazia sentir (já das décadas anteriores) e que levaram à criação do curso auxiliar de enfermagem, como se analisará adiante, não sendo possível com as escolas existentes (Oficiais e Particulares) – formar enfermeiros e auxiliares de enfermagem em número suficiente para as necessidades de cuidados que também tinham começado a mudar, punha em destaque o esforço enorme que todas as escolas vinham a realizar para admitir o número máximo de alunos que as suas instalações permitiam²⁹¹, levando desde 1965 a estudar a possibilidade de alargamento da rede de escolas.

A dificuldade em analisar a dimensão escola como espaço de educação neste período, é agravada pelo facto de o ensino de enfermagem não estar integrado no Sistema Educativo Nacional, mas antes se ter desenvolvido no seio da área da saúde, com as consequências que daí advinham de acordo com Telles²⁹², porque na primeira metade do século XX

²⁹⁰ Comunicação proferida por Diniz de Sousa em 1983, (p. 25-26).

²⁹¹ Relatório revisão do ensino de enfermagem – 1965.

²⁹² Telles, Louise da Cunha – Comunicação escrita. Barreiras ao Ensino Superior de Enfermagem. Seminário: A mulher e o ensino superior, a investigação científica e as novas tecnologias em Portugal.

algumas Escolas de Enfermagem foram dirigidas por médicos, dependendo a maioria (a quase totalidade) da principal entidade empregadora, primeiro Ministério do Interior e posteriormente os sucessivos Ministérios da Saúde, que sacrificava a qualidade da formação, à produção do número de profissionais de enfermagem necessário ao funcionamento dos seus serviços.

No entanto, não era possível impedir influências, em que por maior fechamento que houvesse na sociedade de então, haveria alguma influência da política educativa, no ensino de enfermagem, isto porque “ a história da educação é parte integrante da história das práticas culturais e sociais, dos avanços e recuos de uma sociedade que se *educa* à imagem de como *vive e morre*. A adopção de uma abordagem centrada nos processos de mudança e de uma perspectiva construtivista facilita não só a identificação do papel desempenhado pelos diversos actores e grupos sociais, mas também a compreensão das suas relações com o Estado²⁹³”.

Em capítulo anterior identificava-se o papel do Estado na definição e na regulação do ensino de enfermagem, podendo reflectir-se na evolução que ocorreu quando a «escola» deixou de ser um serviço do hospital, para passar a ser uma organização educativa, que se estrutura a partir de um processo de autonomização crescente, no qual tiveram um papel importante, os serviços centrais, conforme foi caracterizado.

Em 1970, as Escolas viram reconhecida a autonomia técnica e administrativa e a direcção da responsabilidade de enfermeiros²⁹⁴, embora não tenha sido aplicado na maioria das escolas, pois tendo sido criadas a partir de 1971, entraram em regime de instalação. Em segundo lugar a resistência à mudança e um certo receio e coragem de assumir a total responsabilidade que este regulamento entregava nas mãos dos enfermeiros, terá também impedido a sua aplicação.

Até ao final da década de 60, existiam no país as escolas de enfermagem que constam do quadro em nota I (p.66), de forma muito centralizada em Lisboa, Porto e Coimbra (18) e as restantes (3) fora das grandes cidades.

Quanto ao regime, existiam escolas oficiais (actualmente designadas de públicas) e escolas particulares (actualmente ensino privado ou cooperativo) que eram consideradas como essenciais mas em que eram aplicados critérios de rigor no que concerne ao funcionamento independentemente do estatuto referido.

Nesta época existiam grandes pressões do poder local no sentido da abertura de novas escolas que possibilitassem a formação de novos enfermeiros a fim de suprir as

²⁹³ Rosas, Fernando (coord.) (1990). Nova História de Portugal. Portugal e o Estado Novo (1930-1960) (p.455).

²⁹⁴ Portaria nº 34/70 de 14 de Janeiro

necessidades locais em termos de recursos humanos, “bem como porque achavam que uma escola de enfermagem era a resolução de muitos problemas”²⁹⁵, e ainda a promoção da fixação de jovens na região respectiva, “Esta medida contribuiria ainda para impedir a vinda para as grandes cidades de alunos que depois não voltarão mais às localidades de origem”²⁹⁶(p.3). O que não veio de facto a ser demonstrado.

A implantação regional de estabelecimentos de ensino era considerada vantajosa, a nível dos cursos de enfermagem de base, como meio importante para suprir a carência de pessoal, bem como puderem servir de pólos de desenvolvimento²⁹⁷.

Realçava-se em 1974²⁹⁸, a essencialidade “de se criarem unidades escolares que permitissem a utilização comum de infra-estruturas e de professores, articulando a criação das escolas de enfermagem com o Ministério da Educação e Cultura pois só a inserção destas em zonas de razoável dimensão e em conjunto com outras unidades escolares, permitirá obter um «centro cultural» suficiente para atrair professores e alunos” (p.3). O que era claramente mais uma tentativa de aproximação ao sistema educativo nacional.

O alerta ia no sentido de fazer o adequado diagnóstico de necessidades, por forma a assegurar os requisitos indispensáveis à formação teórica e prática das alunas, muito especialmente os que diziam respeito a estágios escolares em instituições com recursos para o efeito.

A cobertura do país em Escolas de Enfermagem era uma preocupação para os serviços, pelo que em 1965 foi elaborado um pequeno estudo que conduziu à criação das Escolas de Enfermagem da Guarda (1965), Bragança (1971), Portalegre (1971), Viseu (1971) e Faro (1971), a partir dessa altura várias escolas foram criadas por decisão ministerial, sem que tenha havido qualquer estudo prévio²⁹⁹, o que permite (re)colocar a questão, quanto à influência do poder local para a implantação e disseminação de escolas³⁰⁰. Asseiro³⁰¹, refere

²⁹⁵ Entrevista realizada a Sr^a Enfermeira Isabel Soares, em Março 2001.

²⁹⁶ Resumo do estudo sobre «cobertura de escolas no país» elaborado pelo GEP a pedido do INSA-DEE. Elaborado pela técnica Helena Pontes Carreira. 5/2/75. Informação oficial sobre a cobertura do País em Escolas de Enfermagem, (p.3).

²⁹⁷ Relatório sobre a análise dos projectos de reforma do ensino. Conselho Escolar da EEAE. Abril 1971(p.29)

²⁹⁸ Informação oficial sobre a cobertura do País em Escolas de Enfermagem. 5.2.75, (p.3).

²⁹⁹ Informação oficial do DEE à *consideração superior*.”(...) em Maio 1973 – Decreto Lei nº 243/73 – criou as seguintes escolas: (...) Leiria; (...) Santarém; (...) Setúbal; (...) Viana do Castelo; destas escolas, a de Setúbal ainda não começou a funcionar e a de Leiria está em condições bastante precárias. Em Outubro do mesmo ano (Decreto Lei nº 509/73), foram criadas mais 5 escolas: (...) Angra do Heroísmo; (...) Aveiro; (...) Beja; (...) Guimarães; (...) Vila Real. Destas só a de Beja foi agora na realidade criada com a nomeação da Comissão Instaladora.

³⁰⁰ O Dr. Correia de Lima como Director do Hospital e o Dr. Albergaria Martins como Director do extinto Centro de Saúde Distrital (deputado na Assembleia Nacional), tinham solicitado a criação de uma escola, ao Ministro Rebelo de Sousa durante uma visita que o mesmo efectuou, havendo a referência a que a Misericórdia (O Hospital) não tem enfermeiros, tendo o próprio Ministro mostrado interesse pela criação da Escola de Enfermagem (Entrevista realizada a Ernesto da Fonseca, em Março 2001.

³⁰¹ Entrevista realizada a Enfermeira Lurdes Asseiro, em Abril 2003, (p.7).

que “ao nível dos Directores de Saúde e dos provedores das Misericórdias, que existiam na maior parte das cidades e, que tiveram um forte peso no arranque das escolas nas cidades mais pequenas, a vontade expressa e a dinâmica dessas entidades, sim! Esta decisão necessita ser contextualizada no período do Estado Novo designado por Primavera Marcelista, um pouco mais de abertura que permitia dotar as periferias de mais e melhores recursos”.

O DEE chamava à atenção superior para que nem em todos os locais há condições mínimas de aprendizagem para a formação de enfermeiros (especialmente aprendizagem prática) e há uma tremenda carência de pessoal docente de enfermagem que queira ir para as escolas fora dos grandes centros urbanos (Lisboa, Porto ou Coimbra). O DEE, considerava na altura, não possuir condições para elaborar um estudo que permitisse uma tomada de decisão adequada às necessidades reais, pelo que propôs um estudo sobre a «Cobertura do País em Escolas de Enfermagem». Pretendendo-se saber: deviam ou não iniciar o funcionamento, as Escolas de Enfermagem de Vila Real; de Guimarães; de Aveiro; de Angra de Heroísmo; de Setúbal; e se devem ser criadas outras. Se as actuais escolas do «interior» têm possibilidade de sobrevivência (Nota II, p.66).

Outro dos factores que tem importância para análise situa-se a nível das mudanças na saúde, que ocorreram a partir da Reforma de 71³⁰² e que foram reforçadas pela política do governo expressa no seu programa – lançamento das bases de um Serviço Nacional de Saúde - o que implicava a criação de uma «organização unitária, que abranja toda a população nos aspectos preventivo, curativo e de reabilitação»³⁰³.

Foi em 1971 que o Governo entendeu criar escolas de enfermagem, (decisão) que conduziu à situação de termos hoje uma grande quantidade de escolas de enfermagem, criando a cultura de ...«faltam enfermeiros, vamos criar aqui uma escola de enfermagem»³⁰⁴.

Uma questão que se coloca decorre do nível de formação para que essas escolas foram criadas. Num período em que a «especialização do saber» era a palavra de ordem, pela evolução do saber técnico, em grupos profissionais que pretendiam procurar uma emancipação das áreas disciplinares que definiam o saber a utilizar e desta forma exerciam o seu controlo social, no ensino de enfermagem continuou a valorizar-se a formação de auxiliares de enfermagem, essencialmente nas escolas que foram criadas.

A este propósito, Basto³⁰⁵ é de opinião que “(...) no caso da Direcção Geral dos Hospitais, houve uma mediação muito importante relativamente à formação, relativamente ao estatuto

³⁰² Reforma Gonçalves Ferreira

³⁰³ Ib. nota 255

³⁰⁴ Entrevista realizada a Diniz de Sousa, em Março 2001, (p.164).

³⁰⁵ Entrevista realizada a Basto em Abril 2003, (p.2).

dos enfermeiros e da enfermagem nos Hospitais e, em relação à criação das Escolas, foi próprio da política e teve mais peso que o poder profissional. A formação dos auxiliares de enfermagem, era inevitável! Não era por o ensino de enfermeiros estar no Ministério da Saúde, porque em Portugal sempre seguimos o que se passava noutros países mais dominantes na altura, na Europa. Qualquer governo na altura se deixaria influenciar por aquilo que se passava na Europa.”

Asseiro³⁰⁶, relaciona a importância da Missão da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem com a criação da rede de Escolas, na medida em que “A formação desenvolvida pela escola de Ensino conferiu competências a muitos enfermeiros professores que abriram as novas escolas.” corroborado por Sousa³⁰⁷ ” as escolas deixam de viver à sombra de determinados hospitais, pois se por um lado o ensino de enfermagem deixou de estar confiado apenas à área hospitalar desde 1965; havia a necessidade de fornecer pessoal capaz de trabalhar em todos os serviços de saúde do país, criando assim, as Escolas responsabilidades, de âmbito verdadeiramente nacional.” Estas mudanças foram potenciadoras da dicotomia de que falaremos adiante.

As necessidades de especialistas começava a fazer-se sentir, pelo que a formação especializada (ao nível básico) que existia desde a década de 40³⁰⁸, começa a ter uma organização diferente a partir da criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, da Escola de Saúde Pública e concretamente com a criação das três escolas Pós – básicas³⁰⁹ (Lisboa, Porto, Coimbra e Madeira), sendo dada a indicação³¹⁰ de que até à formação do número de enfermeiros especialistas que a actual carreira exige, as Escolas de Enfermagem Pós-Básicas deviam dedicar-se prioritariamente à área de formação dos cursos pós – base. Era urgente responder às necessidades dos serviços e às suas expectativas, especialmente na área dos cursos de especialização em enfermagem, pois o número de admissões aos cursos de especialização nos anos transactos foi muito reduzido.

³⁰⁶ Entrevista realizada a Enfermeira Lurdes Asseiro, em Abril 2003, (p.237).

³⁰⁷ Comunicação proferida por Mariana Dulce Diniz de Sousa na Escola de enfermagem de S. João – Porto em 1983, (p.26).

³⁰⁸ Relatório revisão do ensino de enfermagem – 65, onde já se pode ler “(...) os cursos de actualização são muitas vezes organizados por associações ou quaisquer estabelecimentos de saúde, mas os cursos de especialização e os de ensino e administração devem ser sempre organizados em escolas de enfermagem”(p.27).

³⁰⁹ 1º relatório do grupo de trabalho nomeado pelo despacho conjunto de 17 de Maio de 1984, do Secretário de Estado do Ensino Superior e do Ministro da Saúde. Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional. 27 de Julho de 1984. Onde é referido que “(...) existem três escolas pós-básicas, respectivamente em Lisboa, Porto e Coimbra, criadas na dependência do Ministério da Saúde (Decreto Lei nº 265/83 de 16 de Junho) e, uma escola pós-básica no Funchal, dependente do Governo Regional da Madeira. (...)”(p.7).

³¹⁰ Circular Normativa nº 12 de 15.6.84 Cursos de Especialização de Enfermagem. Cursos a iniciar no ano lectivo 1984/85 (...) nº de alunos a admitir. Do DEE para todas as Escolas de Enfermagem dependentes do INSA.

Em simultâneo e em complementaridade a estas medidas específicas no ensino de enfermagem, o Sistema Educativo Nacional era também palco de mudanças essenciais, pois no período pós revolução de 1974 o mito da igualização como via de construção da justiça social, tinha decretado o fim abrupto do ensino técnico secundário (ao qual o ensino de enfermagem era «informalmente» igualado apesar de não integrado no sistema educativo) numa lógica de democratização do país e consequentemente da educação (Cf. Grácio, p.83)³¹¹. Viviam-se também a correspondente pressão das cidades para disporem da oferta local de ensino superior³¹², contexto favorecedor do estabelecimento da rede de Institutos Superiores Politécnicos, que vem a concretizar-se no final da década de 70.

De acordo com Grácio³¹³, no caso do ensino superior, os responsáveis pela política educativa procuram responder ao elevado ritmo do crescimento de frequência em parte através da criação legal de uma nova modalidade deste ensino. O ensino superior curto estava previsto desde Maio de 1968, ainda com Galvão Teles, e em Outubro do mesmo ano são criados bacharelatos nas faculdades de ciências e de letras, já com José Hermano Saraiva à frente do Ministério da Educação Nacional. Este Ministro é o responsável pelo envio em Janeiro de 1970, alguns dias antes da nomeação de Veiga Simão, de uma proposta de lei à Câmara Corporativa para a criação do Ensino Superior Politécnico, mas sem definir o nível a que se situaria tal ensino, e que recebe parecer favorável.

Em certo sentido, o ensino superior politécnico é um produto da vontade das populações, que residem longe dos centros universitários tradicionais.

A partir dos anos 70, a política educativa parece ter sido orientada no sentido de serem criados espaços plurais e convergentes, sendo que o acesso e o alargamento de oportunidades a dar aos estudantes, constituíram o princípio organizador do ensino superior (Nota III, p.66). Confronte-se esta posição, com a assumida na página 180 desta Tese, a propósito da criação de novas Escolas de Enfermagem, sugestivo de que o ensino de enfermagem não estava assim tão afastado do Sistema Educativo Nacional, quanto à linha política geral para a educação.

Esta medida pode ter influenciado a tomada de decisão sobre a rede do ensino de enfermagem, quando no início de 1970, dando corpo à política de saúde de então, foram criadas escolas de enfermagem em quase todas as capitais de Distrito (excepto Aveiro e Setúbal), a fim de dotar os serviços de saúde de pessoal de enfermagem, em especial em zonas mais periféricas.

³¹¹ Cf. Grácio, S. (1997). Ensino técnico e Indústria. In: Proença, M.C. (org). O Sistema de ensino em Portugal. Séculos XIX e XX.

³¹² fenómeno que perdura na actualidade, apesar da tendência para uma menor frequência do ensino superior, essencialmente por razões demográficas – diminuição dos jovens.

³¹³ cf. Grácio, S. (1998). Ensinos técnicos e política em Portugal.1910/1990, p.191

Nesta medida e no que concerne ao ensino de enfermagem, no final da década de 70, a discussão quanto ao estatuto das escolas era já da viabilidade ou não da sua integração no sistema educativo nacional, ao nível de escolas superiores³¹⁴, pois no artigo 1º da Lei nº 61/78 de 28 de Julho, que criava o Ensino Superior de Curta Duração, era referido que “(...) até ao final do ano lectivo 1979 – 1980, fossem definidas por lei as condições em que as escolas de enfermagem podiam ser reconvertidas em escolas superiores de enfermagem – artigo 2º, nº 3 (...)”(p.1), o que viria a acontecer só em 1989, uma década depois!

O questionamento em relação à rede³¹⁵ e à tutela do ensino, neste caso das escolas de enfermagem começou, colocando-se questões que fizeram parte do debate inerente ao processo de integração do ensino no sistema educativo nacional (Nota IV, p.67).

De acordo com a lei de bases do sistema educativo³¹⁶, este constitui-se num conjunto de meios pelo qual se concretiza o direito à educação, sendo aplicável ao ensino de enfermagem, na medida em que nos princípios organizativos do sistema educativo, definidos na Lei nº 46/86, encontra-se a fundamentação essencial à defesa da mudança que se impõe no sistema de ensino de enfermagem, nomeadamente: “descentralizar, desconcentrar e diversificar as estruturas e acções educativas, de modo a proporcionar uma correcta adaptação às realidades, um elevado sentido de participação das populações, uma adequada inserção no meio comunitário e níveis de decisão eficientes”³¹⁷.

A referência a uma escola mais dinâmica e interactiva, de acordo com os princípios presentes na Lei de Bases da Educação (Nota V, p.67), era cada vez mais conseguido porque na perspectiva de Sousa³¹⁸ “na medida em que na actual organização das escolas tem vindo a procurar-se discutir formas de organização. O saldo é francamente positivo pois as escolas de enfermagem são um dos melhores exemplos de organização dos serviços de saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Investem na área pedagógica quer formando os alunos responsáveis pela sua própria aprendizagem, quer colocando os professores como responsáveis por facilitar essa aprendizagem”.

A preparação da reforma do ensino de enfermagem, tendente à integração no sistema educativo nacional teve início formal no final da década de 70, sendo de relevar nesse momento a tomada de posição governamental em relação às escolas, conforme visto anteriormente, a propósito da reconversão das escolas³¹⁹.

³¹⁴ Documento não oficial, em papel timbrado do Ministério dos Assuntos Sociais sobre o ensino de enfermagem.

³¹⁵ Em 1989, as Escolas de Enfermagem existentes no país eram as que constam no quadro em nota VIII, p.68 do Anexo de notas

³¹⁶ Lei nº 46/86 de 14 de Outubro

³¹⁷ Ib. nota 276, (p.5).

³¹⁸ Comunicação de Mariana Diniz de Sousa na Escola de S. João do Porto em 1983, (p.30).

³¹⁹ Lei nº 61 de 1978 – ratifica com emendas, o Decreto Lei nº 427-B/77, de 14 de Outubro, que cria o ensino Superior de Curta Duração.

Sendo este também um sentir dos enfermeiros, reafirmado no âmbito do Congresso Nacional de Enfermagem em 1981, quando se afirmava a convicção de que a conversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem constituía, um processo irreversível, não devendo ser adiada por mais tempo a integração do ensino de enfermagem no esquema nacional de ensino. Defendia-se que esta integração fosse feita sem prejuízo da autonomia técnico-pedagógica e administrativa que as Escolas de Enfermagem possuíam, mantendo-se a orientação do órgão coordenador do curso de Enfermagem constituído por enfermeiros³²⁰.

Em Portugal vivia-se já uma situação de autonomia das escolas de enfermagem há cerca de 20 anos, o que colocava o ensino de enfermagem numa situação mais avançada do que em muito países da União Europeia à época³²¹.

O diploma de curso (até à integração no Sistema Educativo Nacional) era sinónimo de competência moderna, e simultaneamente premissa de cuidados de enfermagem de qualidade, por oposição aos cuidados empíricos suspeitos de ignorância.

De facto, os responsáveis científicos dos estabelecimentos escolares defendiam a introdução nos currículos dos cursos disponíveis (desde a reforma de 1965), de um conjunto de disciplinas de raiz humanista, evitando o recurso exclusivo a uma cultura de natureza técnica.

Mobilizando estes pressupostos podem analisar-se as estratégias desenvolvidas pela dinâmica entre a formação e a profissão, no sentido de compreender a deslocação do poder de decidir sobre a duração, organização e conteúdo do ensino, bem como sobre as relações de trabalho que os médicos e os hospitais detinham, para espaços e órgãos de outra natureza dotados de autonomia bastante (as escolas) que lhes permitisse regular a duração, a organização e os conteúdos da formação; as condições de trabalho e o sistema de registo e licença da prática e da formação.

A simultaneidade entre as decisões políticas de criar o Ensino Superior Politécnico e alargar a rede de escolas de enfermagem, introduz a discussão (já distante, mas ainda presente) sobre qual o sub sistema em que o ensino de enfermagem seria integrado.

O ensino superior compreende o ensino universitário e o ensino politécnico, constituindo um sistema binário de organização do ensino superior, não vistos como sistemas isolados, mas como Carneiro designa de “ binómio compensado “. Mas a realidade tem mostrado que de *compensado* tem muito pouco.

³²⁰ II Congresso Nacional de enfermagem (Livro de Actas), (p.527).

³²¹ Bessa, Maria Aurora (1987).A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Sua importância no desenvolvimento sanitário do país. Revista de enfermagem, vol. 35, nº 1 (Jan-Fev), (p.33-34).

Esta configuração do sistema de ensino superior em Portugal, enquanto solução sistémica, tem uma base histórica que remonta ao princípio da década de 60, com a elaboração de um relatório sobre Portugal intitulado, «Le Project regional méditerranée», integrado nas actividades da OCDE, no qual se salientavam³²² as necessidades em formação para o país. De acordo com os autores antes referidos, desde há muitos anos coexistiam no ensino superior o ensino universitário e o ensino não universitário, sendo este último ministrado no início do século XX em instituições várias, de que são exemplos a Escola Politécnica de Lisboa, a Academia Politécnica do Porto, as Escolas Médico – Cirúrgicas de Lisboa e do Porto (de onde emergiram os primeiros cursos para enfermeiros) (p.187).

A coexistência sistémica do ensino universitário com o ensino politécnico, enquanto resposta a uma realidade social dinâmica, que fazia com que a expansão do ensino universitário não fosse suficiente, criava a necessidade de uma diversificação, que na altura se concebia a partir do desenvolvimento do ensino de curta duração, cujos objectivos pedagógicos e educacionais se orientavam expressamente para a formação de diplomados em diferentes domínios tecnológicos e de serviços³²³.

É neste contexto que se dá a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional³²⁴, sendo ministrado em escolas superiores de enfermagem (não integradas) que gozam de autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica³²⁵ (Nota VI, p.67-68).

O processo de reforma para a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional foi longo, existindo diversos momentos de produção de propostas³²⁶ nem sempre caracterizadas pela sintonia entre os diversos intervenientes, conforme análise em capítulo

³²² Simão, Veiga et al (2002). Ensino superior. Uma visão para próxima década “ a necessidade de desenvolver a formação (...) de quadros médios e superiores que respondessem às necessidades e complexidades do desenvolvimento económico e social, para além dos tradicionais licenciados, diplomados com uma qualificação geral inferior à destes, sobretudo para o exercício de certas profissões técnicas”(p.187).

³²³ Simão, Veiga e tal (2002). Ensino superior. Uma visão para próxima década. “Nesta lógica (do decreto lei nº 402/73) abrangia também a formação de educadores e professores em escola normais superiores que cultivavam os «domínios humanístico, científico, artístico, pedagógico e de administração escolar, desenvolviam «investigação educacional» e apoiavam pedagogicamente os organismos de ensino e de educação permanente» (p.188).

³²⁴ Documento em papel timbrado sobre o «Ensino de Enfermagem em Portugal». Não assinado. Não identificado.

“(…) de acordo com o artº 2º do Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro, as Escolas superiores de enfermagem são dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia administrativa, técnico-científica e pedagógica, competindo-lhes organizar e ministrar os cursos respectivos.”(p.5).

³²⁵ Dec. Lei nº 205/95 de 8 de Agosto

³²⁶ Documento em papel não timbrado: crítica ao documento preparatório 1. Reforma do Sistema Educativo. Assinado por Enfermeira Salles Luís, pelas Escolas de Enfermagem, “(…) (lei 61/78 de 28 de Julho) no ponto 3 do artigo 2º (...) «Até ao início do ano lectivo de 1979/80 serão definidas por lei as condições em que as escolas de enfermagem poderão ser reconvertidas em escolas superiores de enfermagem» - o que não se verificou até à data.” (p.1).

“(…) vêm as escolas de enfermagem (...) chamar atenção do Ministério da saúde e da Educação e das entidades competentes, para o problema do ensino de enfermagem que nestes dez anos tem sido tão pouco considerado” (p.3).

próximo, mas que emergia do facto de existir à altura, uma escola sob a tutela do Ministério da Educação (Nota VII, pp. 68).

Em Setembro de 1989³²⁷ é criada a rede de escolas superiores de enfermagem, rede esta que aguarda alteração no âmbito do Ordenamento e Organização do ensino Superior em Portugal³²⁸ (Nota VIII, p.68).

Desde a sua formação que as escolas de enfermagem são o garante da informação científica formal que faltava às gerações precedentes, sendo assumido pelos docentes³²⁹ que as Escolas Superiores de Enfermagem bem como as Escolas de Enfermagem particulares sempre revelaram disponibilidade para participarem no processo de mudança, envolvendo todos os esforços para dar cumprimento no mais curto espaço de tempo ao decreto Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro. Relembra-se no período conturbado em que não foi reconhecida às escolas a autonomia no âmbito da construção curricular, (referente à transição do ano de 1989 para o ano de 1990), que desde 1952 o ensino de enfermagem passou a ser ministrado em escolas de enfermagem oficiais ou particulares devidamente autorizadas, dotadas de autonomia técnica e administrativa. As escolas de enfermagem melhoraram a sua acção pedagógica especialmente no que diz respeito à definição de objectivos educacionais, métodos de ensino, orientação de alunos e métodos de avaliação. Passou a dar-se aos alunos uma preparação equilibrada e polivalente, de forma a que após o curso estivessem aptos a trabalhar em todos os serviços hospitalares e de saúde pública. Pretendiam os docentes ver reconhecida a Autonomia consignada no novo estatuto das Escolas³³⁰, procurando evitar o exercício de poder hegemónico do Estado, através da «obrigatoriedade» em construir um plano de estudos de nível superior, que não permitiu uma transição completa conforme seria de desejar.

Nos documentos preparatórios da reforma do ensino de enfermagem³³¹, era clara a posição dos enfermeiros quanto às condições que consideravam essenciais ao desenvolvimento das escolas como estabelecimentos de ensino superior (Nota IX, p. 69).

O ensino de enfermagem desde a publicação do Decreto Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro, integrou o Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, com a dupla tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação.

³²⁷ Portaria nº 829/89 de 19 de Setembro, que converte as escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem.

³²⁸ Lei nº 26/ 2000 de 8 Agosto.

³²⁹ Documento em papel não timbrado. Dirigido à Ministra da Saúde, Ministro da Educação e Directora Geral do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, pelos Docentes das Escolas de Enfermagem sobre a integração no Sistema Educativo Nacional.

³³⁰ Parecer jurídico sobre o exercício das autonomias pelas Escolas Superiores de Enfermagem.

³³¹ Documento em papel timbrado “Anteprojecto de Decreto Lei para a integração do ensino de enfermagem no Sistema educativo Nacional, proposta elaborada por Enfermeira Dília Almeida Ribeiro; Pina Cabral e Romeu dos Santos Carmo.

No que concerne às Escolas Superiores de Enfermagem, a sua reorganização teve início com o Decreto Lei nº 99/2001 De 28 de Março, onde foi definida uma rede de escolas públicas em que os vários estabelecimentos de ensino de enfermagem foram, com salvaguarda do anterior Decreto Lei, enquadrados de diferentes modos: em Institutos Politécnicos; em Universidades, mas como estabelecimentos de ensino politécnico; em novos institutos superiores de saúde³³², ou ainda mantendo-se como escolas não integradas, medida que alargou para catorze o número de escolas não integradas.

Esta é uma matéria que tem sido alvo de amplo e aceso debate por todas as estruturas da profissão (Sindicatos e Ordem) e do ensino (Conselho de Directores/Presidentes de Conselhos Directivos, Presidentes de Conselhos Científicos, professores e estudantes, das Escolas Superiores de Enfermagem).

A reconversão das antigas escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem, consistiu em fazer mais do mesmo, ou quase do mesmo e com os mesmos meios. Não provocar convulsões foi talvez o piedoso objectivo. Não houve a coragem política para ter um olhar de futuro sobre o ensino de enfermagem, para antecipar e definir uma estratégia de ensino superior para este grupo profissional³³³.

Costa (1999) refere ainda, não defender modelos únicos de integração para as diversas escolas do país, considerando antes a necessidade de um olhar plural, na medida em que as realidades locais, as suas afinidades e os caminhos já percorridos é que devem ditar a filosofia do futuro das escolas superiores de enfermagem, arriscando em novos modelos de organização, em parcerias de formação com outros profissionais de saúde e até a integração no subsistema do ensino universitário (Ib. p.15).

De acordo com Simão³³⁴, a dicotomia «ensino universitário versus ensino politécnico» é muitas vezes indevidamente tratada, uma vez que se tendem a exaltar as zonas de conflitualidade potencial, ignorando as virtualidades da complementaridade entre as duas modalidades de ensino da solução dos problemas que se colocam ao ensino superior,(p.192). Acrescentam ainda os autores que é na recusa de fundamentalismos que não se afasta a ideia de uma e outra das modalidades de ensino serem praticadas numa mesma instituição, desde que as unidades orgânicas que as pratiquem tenham garantido vocação própria para o fazerem. Significa isto que, com base em critérios rigorosos de qualidade e uma definição prévia e clara de requisitos, em termos de futuro, não só uma universidade pode integrar escolas superiores politécnicas, como também um instituto politécnico deve poder integrar unidades universitárias (p.193).

³³² criação entretanto adiada por Despacho do Secretário de Estado do Ensino Superior – Prof. Pedro Lourtie

³³³ Costa, M.A.M. da (1999). Reflectindo sobre o ensino de enfermagem.”Sinais Vitais”nº 27, Nov.

³³⁴ Simão, Veiga et al (2002). Ensino superior uma visão para a próxima década.

Este é um princípio que necessita ser discutido, em nome de um desenvolvimento sustentado da enfermagem enquanto disciplina e profissão, a partir de uma visão estratégica global, baseada em estudos sócio-económicos que identifiquem as necessidades actuais e em análises prospectivas de evolução da sociedade, configurando as tendências dos respectivos mercados de trabalho e correspondentes perfis profissionais.

Nesta visão estratégica assumiria papel singular a intensificação da cooperação entre instituições universitárias e politécnicas, bem podendo dizer-se que ela emerge como prioridade incontornável dos próximos anos, contribuindo para um aprofundamento dos objectivos do sistema de ensino superior e para uma melhor utilização e rentabilização dos recursos, assumindo extrema importância o desenvolvimento da cooperação como estratégia para a formação em enfermagem, valorizando diferentes áreas de cooperação, embora relevando a Formação e a Investigação através da criação de unidades de pós-graduação e de investigação interinstitucionais, no âmbito regional.

Em relação ao subsistema de ensino superior onde o ensino de enfermagem foi integrado, a Ordem dos Enfermeiros participa no debate como parceiro, e defende a “ (...) convicção de que no actual quadro jurídico do ensino superior (que estabelece dois subsistemas: universitário e politécnico) o espaço natural do ensino de enfermagem será, no futuro no ensino universitário. Isto porque a enfermagem é hoje uma disciplina do conhecimento em crescente consolidação, com investigação própria que cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados, enquadrando-se no conceito de ensino universitário³³⁵”.

O debate alicerça-se ainda numa falta de decisão política, promovendo a existência de posicionamentos díspares que vão desde a defesa da criação de licenciatura em enfermagem na Universidade (com focos localizados de manifestação que interessa analisar de forma particular) à convicção de que o ensino de enfermagem deve continuar a nível do ensino superior politécnico até à aquisição das condições para poder integrar o sub-sistema universitário, de que se destaca a qualificação do pessoal docente, relevando a necessidade de desenvolvimento de doutoramentos na área da enfermagem (sendo esta uma posição mais alargada isto é, a nível nacional, que importa também analisar).

Interessa no âmbito deste estudo e de acordo com o desenvolvimento das escolas de enfermagem, na lógica que tem vindo a ser analisada, entrar na discussão da gestão das escolas e de como estas evoluíram para um estatuto de autonomia.

O Financiamento é uma dimensão de extrema importância que se pretende mobilizar, no sentido de compreender a influência do poder do Estado na definição das linhas

³³⁵ Notas de reflexão do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros – Documento base para Reunião de docentes de Enfermagem – 18 de Setembro de 2003 – Coimbra.

orientadoras para o ensino de enfermagem, através da análise de como a globalização influencia a definição das mesmas.

No âmbito do capítulo referente ao papel do Estado, foi relevada a influência dos serviços centrais na construção e desenvolvimento da autonomia das Escolas.

Durante muitos anos (até 1988), o ensino de enfermagem foi tutelado pelos Ministérios que tutelavam também o exercício da área da saúde, permanecendo por esta razão distanciado do sistema educativo nacional, mas que em termos de desenvolvimento do ensino e da profissão não foi impedimento, embora tenha sido constrangimento.

Já a partir da «dupla tutela» (a partir de 1988) e apesar de uma das tutelas ser do Ministério da Educação, muitas ambiguidades se instalaram no campo da educação em enfermagem, aparentemente ainda não resolvidas com a passagem de novo à «unitutela», mas agora do Ministério da Educação (Actual Ministério da Ciência e do Ensino Superior).

Mas ao falar de autonomia, de que se fala concretamente?

O Processo de Autonomização

A análise desenvolve-se numa perspectiva integrada a partir da relação entre as Escolas de Enfermagem, e o Estado como regulador da formação e do trabalho até à construção de uma relação entre a Escola e o mercado a partir da tutela única da Educação, mas em que aparentemente a autonomia não tem sido exercida no sentido da capacidade das escolas em gerir o processo de formação de acordo com as necessidades do mercado de trabalho, cada vez mais próximo duma lógica de Governação.

A questão da autonomia não fica esgotada nesta dimensão de análise, uma vez que se liga estreitamente com a construção social do currículo a partir da produção e da utilização de saberes em enfermagem, pelos actores que numa dinâmica profissional se identificam como enfermeiros através de um processo identitário de saberes e de acção, que os torna nos profissionais do processo de cuidados, estabelecendo a diferença no cuidar das pessoas a partir de um foco cuja centralidade são as mesmas, e não exclusivamente a doença (modelo médico).

A educação foi afectada tanto directa como indirectamente pelas mudanças na economia global, sendo que no período em análise, em Portugal, ocorreram mudanças societais que conduziram a ajustamentos estruturais, emergentes da massificação do ensino superior, que no ensino de enfermagem não aconteceu: nem pelo aumento da rede de escolas, nem por alterações profundas no modelo de formação, nem pelo necessário aumento do número de alunos, apesar do aumento do número de candidatos, nem pela expansão do privado em relação ao público, até à década de 90.

Para além da questão normativa, quanto ao financiamento do ensino superior público, alicerçado nos princípios: da responsabilização financeira do estado; da democraticidade; da universalidade; da justiça; da não exclusão, da equidade e da complementaridade, nas relações estabelecidas entre o Estado e as Instituições; entre os estudantes e as instituições do ensino superior e o Estado e os estudantes³³⁶, interessa distinguir dois pontos essenciais:” o que envolve o quê e o como da gestão da educação, e como e por quem são estas actividades desenvolvidas?” (Dale, 1997, p. 274).

Para o mesmo autor, o papel do Estado parece ser aqui importante, na medida em que, a “intervenção“, seja caracterizada por três actividades distintas e separadas: como acontece o financiamento, como é providenciado e como é controlado. Salienta-se que não é necessário o Estado levar a cabo todas estas actividades, mesmo que supervise a gestão do ensino. O mercado e especialmente a comunidade têm sido indispensáveis para operacionalizar os sistemas de educação (Ib. p. 275).

Analizando a relação proposta por Dale, demonstra-se a incapacidade da distinção de um simples “público/privado”, mas antes a relação entre as actividades de gestão e as instituições coordenadoras, conforme tabela seguinte.

Tabela 2 – Uma representação simples da gestão pública da educação em enfermagem³³⁷

<i>Actividades de Gestão</i>	<i>Instituições coordenadoras</i>		
	Estado	Mercado	Comunidade
Financiamento	Orçamento Geral do Estado no ensino público	Apenas no ensino privado, a partir do final da década de 90	Ainda inexistente, pela pouca influência na definição clara das prioridades
Regulação	Pelas instituições próprias no ensino público	Apesar de estar prevista a representação de forças empregadoras, não exercem poder de regulação efectiva	Apesar de estar prevista a representação, não exercem poder de regulação efectiva
Provisão / entrega	Nas Escolas Públicas		Nas escolas Privadas

Ilustra a relação cada vez mais descentralizada e promotora da autonomização das escolas, também no sentido de poderem encontrar formas inovadoras de gestão da educação, essencialmente nas dimensões antes referenciadas como importantes para a caracterização do modelo de formação em enfermagem.

³³⁶ Lei nº 113/97 de 16 de Setembro

³³⁷ Cf Dale, Roger (1997), p. 275.

A necessidade em cuidados de enfermagem cada vez mais capazes de responder às necessidades da sociedade, implica um investimento na formação de profissionais reflexivos, que sejam autónomos e competentes para a tomada de decisão, controlando o processo de trabalho que eles próprios executam e fazendo-o próximos do cliente. É neste sentido que parece ser de extrema importância compreender a relação entre os padrões e indicadores de qualidade³³⁸ definidos para a formação em enfermagem a nível superior, e o que o Estado, o mercado e a comunidade esperam desse investimento, na lógica da inovação quanto à qualidade das intervenções na comunidade.

As Escolas Superiores de Enfermagem foram integradas no subsistema do Ensino Superior Politécnico com uma particularidade questionável, na medida em que têm o estatuto de escolas não integradas (até 2001) em Institutos. O cenário actual é multifacetado, existindo escolas integradas em Institutos Politécnicos, em todos os Distritos onde estes existem, excepto em Lisboa, Coimbra e Porto, em que as escolas se mantêm não integradas e, nos Distritos onde não existindo Politécnicos, as escolas se encontram não integradas, com excepção de Faro, onde a Escola de Enfermagem foi integrada na Universidade e posteriormente convertida em Escola de Saúde.

Apesar de, na continuidade da Resolução do Conselho de Ministros nº 104 de 4 Dezembro de 1998, se ter iniciado um debate mais alargado sobre a formação em saúde, com a constituição do grupo de Missão para as Ciências da Saúde e a definição do plano estratégico para a formação em Saúde, o grupo profissional dos Enfermeiros continua a ser formado isoladamente, com excepção das Escolas Superiores de Saúde criadas, ou das Escolas Superiores de Enfermagem, entretanto convertidas.

Sem uma discussão política sobre o que deve ser a globalidade da formação na área da saúde assiste-se no terreno, ao proliferar de técnicos de designações várias, cuja validade não se questiona, mas como, a quem e por quem deve ser feita a formação e a que níveis? Permanecem em aberto questões como a partilha de saberes, a interdisciplinaridade, as fronteiras e terrenos comuns de actuação (Cf. Costa, 1999, p.14).

As Escolas Superiores de Enfermagem, genericamente de dimensões e logística reduzidas, em recursos humanos e materiais, dispersas pelos quatro cantos do país, ou concentradas nas grandes cidades, fizeram a mudança, a sua mudança, mas com o distanciamento que a situação exige, a questão é saber se foi feita a mudança que o país e a enfermagem

³³⁸ Rácio padrão Professor/estudante por curso*; Rácio padrão pessoal docente/pessoal não docente; Indicadores de qualidade do pessoal docente de cada instituição; Indicadores de qualidade do pessoal não docente de cada instituição; Incentivos à qualificação do pessoal docente e não docente; Estrutura orçamental, traduzida na relação entre despesas de pessoal e outras despesas de funcionamento; garantia de comparticipação nacional dos financiamentos resultantes de programas ou iniciativas comunitárias. (Lei nº 113/97 de 16 de Setembro. * *Proposta de ratio para o ensino de enfermagem pelo conselho Presidentes de Conselhos Directivos das Escolas Superiores de Enfermagem.*

necessitavam. É imprescindível que a «integração» ocorra *de jure*, em todos os domínios, mas privilegiando a investigação como central à actividade científica de docentes e estudantes.

Atente-se que a formação proporcionada tem sido essencialmente técnica, moral e cívica, o que se pode analisar pelo facto de cultural e cientificamente não ser valorizada, podendo constituir-se nesta perspectiva como um défice ao desenvolvimento da autonomia na perspectiva em que aqui se reflecte, e onde existe a conjugação entre a construção, a procura e o uso do conhecimento pelos enfermeiros com uma grande diversificação, embora com a convicção de que “é numa homogeneidade / diversidade profundas em que se centram e concebem os cuidados, que se alicerça a missão de enfermagem e lhe confere o carácter de disciplina científica partilhando pluridisciplinarmente uma vertente integradora que permite o diálogo com outras ciências” (Arminda Costa, 1999, p. 13).

Nesta fase, encontra-se em discussão um anteprojecto de Decreto Lei que visa a “integração e fusão de escolas de enfermagem...” (Nota X, p.69), visando definir a rede de escolas de enfermagem e de saúde, em território nacional, e que se encontra em fase de tomada de decisão política, após audição das estruturas competentes (CRUP e CCISP)³³⁹.

CAPÍTULO 5.1 - O RELACIONAMENTO DAS ESCOLAS COM A COMUNIDADE E ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

A emergência da articulação teórico prática, na perspectiva de possibilitar aos alunos a aplicação de conhecimentos teóricos em situações reais de trabalho, tornou indispensável a colaboração de enfermeiros em exercício nos locais de estágio, procurando-se melhorar a selecção e a utilização de campos de estágio que assegurassem uma adequada integração de conhecimentos e experiências, (numa perspectiva de orientação para a disciplina profissional, como organizadora da formação).

Lopes (2000) entende a enfermagem como disciplina e profissão, pelo facto de que a enfermagem não se reduz aos conteúdos (disciplina), situa-se também na prática e é na relação entre a teoria e prática que a mesma se constrói, entendendo a prática como MacIntyre (1990), quando refere que “...com o termo «prática» pretende-se significar qualquer actividade humana cooperativa, coerente e complexa e socialmente estabelecida”(citado em Ib. p.61).

³³⁹ Anteprojecto do diploma de fusão das Escolas Superiores de Enfermagem não integradas. Entretanto publicado.

Desenvolve-se a necessidade de uma escola cada vez mais humanizada, atenta à inovação, mais competente, mais exigente e mais interactiva com o contexto social (Sousa, 1985, p.78), provocando consequentemente a necessidade de articulação aos contextos de trabalho.

Nas décadas de 50, 60 e 70, o carácter das relações entre as escolas e as organizações prestadoras de cuidados de saúde era alicerçado numa estratégia em que nem todos os intervenientes tinham uma participação activa neste mesmo processo.

As relações interorganizacionais podiam ser consideradas de cooperação, com os dois pólos de formação a participarem no processo (Asseiro, 2000)³⁴⁰, embora nem sempre com objectivos comuns, e caracterizando uma perspectiva diacrónica das organizações.

É a partir desta afirmação que iniciará o questionamento, pela análise sistemática de documentos da época, já iniciado em capítulo anterior com a referência aos primeiros acordos estabelecidos entre as organizações (na década de 50).

A análise sociológica que importa fazer, para compreender esta problemática, situa-se no facto social que se constituía a necessidade da construção de uma certa autonomia que partia da «separação» entre as escolas e os hospitais enquanto organizações independentes e simultaneamente a construção desta «proximidade» necessária à construção da colaboração efectiva. Não foi um processo fácil nem pacífico e dele procura-se dar um retrato válido, pela análise sócio – histórica produzida.

A necessidade de formar recursos humanos qualificados prevalece sobre uma visão exclusivamente centrada no ensino como sistema de inculcação ideológica, não se podendo caracterizar a política educativa da época como meramente negativa e retrógrada³⁴¹.

Importa referenciar Grácio (1986)³⁴² quando questiona “...como compreender o voluntarismo governamental que se inicia nos anos 50, assim que a arrancada económica criou recursos para o sustentar? Mais que o imobilismo, é a promoção da mudança, na condição de controlar os seus efeitos, que emerge do conjunto das medidas analisadas” (p38-39).

A viragem é facilitada pela consolidação de um Estado administrativo forte, que assume parte das tarefas de controlo ideológico, libertando a Escola para outras missões. Este facto favorece a emergência de uma lógica escolar própria, podendo mesmo falar-se de uma certa autonomia de funcionamento do sistema educativo. A valorização do capital escolar permite descobrir novas vias de promoção social, no quadro de uma tímida democratização do ensino, provavelmente a partir das medidas tomadas anteriormente no que toca ao

³⁴⁰ Asseiro, Maria de Lurdes (2000). Organizações qualificantes e o sistema de formação em enfermagem, In: Costa, Maria Arminda e outros (2000). Ensino de Enfermagem: processos e percursos de formação. Balanço de um Projecto, Lisboa. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

³⁴¹ Rosas, Fernando (coord.) (1990). Nova História de Portugal. O Portugal e o Estado Novo (1930-1960), (p. 461).

³⁴² Grácio, Sérgio (1986). Política Educativa como Tecnologia Social, Livros Horizonte, Lisboa.

alargamento da escolaridade obrigatória, no sentido de enquadrar a política educativa em objectivos de crescimento económico e de industrialização do país.

A questão que se coloca não é exclusiva da Enfermagem enquanto profissão, mas no que respeita a este grupo profissional era antiga a preocupação em procurar promover a coordenação, o que é patente na década de 60 aquando da preparação da reforma de 1965 (Nota I, p.70).

Em 1965³⁴³, quando se fez o ponto de situação do ensino de enfermagem, podia identificar-se a necessidade de que a cooperação fosse uma realidade, procurando desenvolver uma formação cada vez mais adequada dos pares que participavam efectivamente na formação dos novos enfermeiros. Desde a reforma de 1965 que os estágios passaram a ter uma ligação directa entre o ensino teórico realizado anteriormente ou ao mesmo tempo. Os campos de estágio passam a ser seleccionados de acordo com as necessidades de aprendizagem dos alunos. “Os protocolos de cooperação escola / instituição de saúde, necessários à realização dos estágios, embora beneficiando em primeiro lugar os recém-formados, contribuirão necessariamente para uma maior ligação entre escolas e instituições de saúde, o que beneficiará tanto a formação, como o exercício³⁴⁴”.

A mudança de paradigma educativo decorrente do plano de estudos de 1965 e reforçado com a reforma de 1976, conduziu à necessidade de preparar cada vez melhor os enfermeiros, possibilitando-lhe o conhecimento do novo plano de estudos, por forma a poderem colaborar mais efectivamente tanto na orientação como na avaliação dos alunos em estágio. Desenvolvia-se cada vez mais o sentido da formação permanente e a necessidade de conhecimentos especializados, para o que contribuiu grandemente a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, conforme analisado no capítulo anterior.

O relacionamento entre as organizações caracterizava-se por ter uma grande diversidade de intervenientes desde a sua origem, passando de uma dimensão inicialmente mais individual para uma dimensão mais institucional à medida que se iam aprofundando os laços de colaboração e em que se ia proporcionando o desenvolvimento de projectos comuns, mesmo quando estes se caracterizavam por serem de pequena dimensão e, essencialmente a nível dos estágios.

Com a autonomização das escolas em relação aos hospitais, passando estas a assumir a sua autonomia técnica³⁴⁵ já prevista na legislação de 1952, mas claramente definida nos

³⁴³ Documento pessoal de Mariana Diniz de Sousa, intitulado – Revisão do Ensino de Enfermagem, produzido em Dezembro de 1964 (ainda confidencial) e que passou a não confidencial em Maio de 1965.

³⁴⁴ Documento em papel não timbrado, dactilografado intitulado « o Ensino de Enfermagem em Portugal». Não assinado e não datado, (p.7).

³⁴⁵ que se traduz na livre organização e orientação do ensino, na escolha do pessoal docente e na possibilidade de serem tomadas iniciativas próprias para o desenvolvimento das técnicas de enfermagem e da sua aprendizagem, (p.7).

regulamentos das mesmas³⁴⁶, passando pela legislação de suporte à reforma de 1965³⁴⁷ e a do início da década de 70³⁴⁸ e de novo em 1976³⁴⁹ já no período pós-revolucionário, começa de facto a desenvolver-se um sentido institucional para o relacionamento, desenhado em parte pelas orientações normativas que iam sendo produzidas, mas em que a tomada de consciência de que esse seria o caminho, era também promotora.

É evidente, este sentido quando se identifica em relatórios da altura³⁵⁰ que “(...) através dos estágios levados a efeito em comunidades locais, foi possível fazer um trabalho profundo de educação das populações para a saúde”, sendo também valorizado³⁵¹ o tipo de relacionamento existente entre as Escolas e outras instituições.

Vivia-se, no entanto, uma situação de cooperação diacrónica que se manteve até final da década de 80 (Asseiro, 2000), ilustrada não só por documentos da época, como também por diversos estudos que a partir da década de 90 fazem da «cooperação» um dos problemas frequentemente estudados a propósito do ensino de enfermagem.

Para além de procurar identificar os intervenientes em todo este processo, bem como o seu grau de participação, procura-se compreender o tipo de cooperação quanto à sincronia ou diacronia da mesma, bem como ao facto de perceber como se construiu ou não no ensino de enfermagem a noção de parceria, que na década de 90 adquiriu novos e mais consistentes contornos, onde se procura uma colaboração recíproca e supõe uma relação formal, no sentido de uma cooperação entre as organizações num projecto comum³⁵².

Diniz de Sousa³⁵³, posicionava-se face ao assunto mobilizando a importância da influência estrangeira para mudar o estado das coisas, “sugerindo um maior diálogo com a OMS, Conselho da Europa, Conselho Internacional de Enfermeiros e Serviços de Enfermagem de outros países (...) com o intuito de colher ensinamentos, trocar experiências e até prepararmo-nos para não repetir erros já reconhecidos internacionalmente”.

Na década de 80 o DEE³⁵⁴, desempenhou um papel de extrema importância quando definiu e desenvolveu uma estratégia de avaliação do plano de estudos que decorreu da Reforma de 1976.

As reuniões de avaliação tiveram início em 1980 e tinham como participantes todos os intervenientes no processo, desde elementos da elaboração do plano de estudos, a um representante do DEE e os enfermeiros professores responsáveis pela coordenação das

³⁴⁶ Regulamento da Escola de enfermagem do Hospital de Santa Maria, (p.6).

³⁴⁷ Decreto Lei nº 46 448 de 20 de Julho de 1965 – Altera o Regulamento das escolas de enfermagem

³⁴⁸ Portaria nº 34/70, de 14 de Janeiro de 1970 que aprova o regulamento geral das escolas de enfermagem

³⁴⁹ Portaria nº 674/76, de 13 de Novembro – Altera a modalidade de gestão das Escolas de Enfermagem

³⁵⁰ Documento em papel timbrado do INSA- Relatório, resultados da avaliação da 5ª área de aprendizagem do 3º Curso de enfermagem. Reunião de 21 e 22 e 23 Outubro de 1981.

³⁵¹ Centenário da Escola Dr. Ângelo da Fonseca, em 27 de Abril de 1974.

³⁵² Maroy, 1997 citado em Carvalho, Rosa (2003), p.57.

³⁵³ Comunicação oral proferida por Diniz de Sousa na Escola de S. João do Porto. 1983, (p.34).

³⁵⁴ Documento em papel timbrado. Departamento do Ensino de Enfermagem.

diferentes áreas de aprendizagem, bem como os responsáveis pela gestão das Escolas (As Directoras, à altura eram na totalidade enfermeiras).

Dos relatórios produzidos nas referidas reuniões e analisados no âmbito desta Tese, relevam-se aspectos como “ (...) dificuldades devido aos «maus» exemplos dos enfermeiros dos vários campos de estágio, embora não se possa generalizar; “(...) más condições dos campos de estágio, falta de material de toda a ordem, (...) pouca variedade de situações e serviços desorganizados, (...) os alunos desmotivam-se, pelos exemplos que vêem no serviço (...) (essencialmente porque existe) (...) falta de colaboração dos enfermeiros dos serviços”³⁵⁵. Em sequência, era sugerido que se organizassem os estágios em cooperação³⁵⁶, recomendando-se reuniões das Escolas de Enfermagem por regiões para organização dos campos de estágio, por forma a que os campos de estágio fossem seleccionados de acordo com o tipo de experiências necessárias.

A imagem diacrónica produzida pela análise destes documentos, mostra em simultâneo a preocupação em alterar esta situação desde cedo, conforme preocupação em criar condições diferentes³⁵⁷, designadamente razões de ordem económica, pedagógica e de ordem prática. Silva Santos (1985)³⁵⁸ considera por análise posterior que “(...) o problema de formação (...) há uma dezena de anos (...) havia (...) bastante coordenação entre o que se esperava dos recém-formados nos serviços e o que se ensinava nas escolas: pedia-se aos recém-formados que fossem «bons técnicos» e era esse um dos objectivos principais dos planos de estudo”(p.13).

Da avaliação dos cursos do plano de estudo de 1976, salienta-se a evolução que se ia constatando nesta matéria, na medida em que quase todas as Escolas de Enfermagem referiam que das opiniões recolhidas, quer junto dos enfermeiros dos locais onde estão a exercer a profissão os recém-formados, quer junto destes, ressalta que a formação humana é mais rica, estando assim os novos enfermeiros, mais preparados para atender o indivíduo³⁵⁹, havendo mesmo a referência a desenvolvimento de projectos conjuntos, a partir da organização dos cuidados aos doentes “(...) Uma escola refere a tentativa de se estabelecer uma relação hospital / comunidade com preparação da alta. Foi muito positivo”³⁶⁰”(p.28).

³⁵⁵ Documento em papel timbrado do INSA – DEE. Resultados de avaliação da 2ª Área de Aprendizagem do 3º Curso de Enfermagem. Reunião de 19 e 20 de Novembro de 1980, (p.8).

³⁵⁶ Documento em papel timbrado do INSA – DEE. Resultados de avaliação da 5ª Área de Aprendizagem do 3º Curso de Enfermagem. Reunião de 21 e 22 de Outubro de 1981.

³⁵⁷ Documento em papel timbrado do Hospital de Santa Maria, apreciação do Projecto de Diploma que reforma o ensino de enfermagem – Novembro de 1961. (p.3).

³⁵⁸ Artigo Palestra realizada no Seminário sobre Ensino Superior de Enfermagem, organizado pelo SNED em 8 de Novembro de 1985. Maria Teresa Silva Santos, (p.13).

³⁵⁹ Documento em papel timbrado do INSA DEE. Resultados da avaliação do 3º Curso de Enfermagem. Reunião de 4 e 5 de Fevereiro de 1982.

³⁶⁰ Documento em papel timbrado do INSA DEE. Resultados da avaliação do 3º Curso de Enfermagem. (p.28).

Se na avaliação dos estágios decorridos nos hospitais as referências são conducentes a uma tendência para a evolução, o mesmo acontece no que concerne aos estágios desenvolvidos no âmbito da Saúde Pública, sendo identificados como factores dificultadores: a descoordenação do trabalho entre os diferentes tipos de pessoal do Centro; número insuficiente de enfermeiros nos Centros; tipo de trabalho realizado em Saúde Pública, com défice de colaboração entre o pessoal médico e de enfermagem³⁶¹.

No III Congresso Nacional de Enfermagem, realizada em 1981³⁶² este aspecto também não foi esquecido, tendo sido tecidas algumas considerações, acerca da cooperação diacrónica no que concerne ao modelo de formação, em relação aos actores e ao nível dos contextos. Dadas as lacunas de formação no passado, era ainda notória a escassez de enfermeiros como «modelo profissional», bem como a falta de coordenação entre os diferentes serviços de enfermagem, mostrando a fragilidade da coordenação interprofissional e como consequência a fraca participação dos enfermeiros na tomada de decisão.

Em resultado da discussão e partilha entre os diferentes intervenientes na avaliação do ensino de enfermagem, embora não participassem ainda os enfermeiros que se encontravam na acção directa da prestação de cuidados, o que será compreensível pelo nível de cooperação ainda deficitário, valoriza-se a evolução que se começava a registar.

Era cada vez mais possível desenvolver uma articulação teórico – prática, mesmo que esta se caracterizasse ainda pela dicotomia, que terá tido o seu início mais «formal» a partir da reforma de 1965, em virtude da maior responsabilidade das escolas na articulação teórico-prática e a consequente responsabilização dos profissionais pela integração dos alunos nas equipas de trabalho. Identificavam-se como principais dificuldades no desenvolvimento do Plano de Estudos, as qualificações do pessoal, a falta de recursos e de apoio ao nível do exercício e os edifícios escolares sem condições de trabalho, de aprendizagem e de segurança³⁶³.

Mas não era só a nível local que o relacionamento melhorava, pois era importante que dos serviços centrais fossem dados mais estímulos no sentido da referida autonomização e, que melhor estímulo que o exemplo vindo de quem o sugeria?

A propósito da selecção e admissão de alunos para o curso de enfermagem, teve início no DEE, um projecto de investigação que veio a ficar conhecido por DICOVE³⁶⁴, que se abordará adiante, mas em que nesta matéria terá tido influência pela dinamização que promoveu tanto entre organismos centrais, como na relação destes com as escolas promovendo um envolvimento directo destas. Constituíam-se numa acção cuja orientação

³⁶¹ Resultados da avaliação da 5ª Área de Aprendizagem, (p.16).

³⁶² Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem que decorreu em Coimbra nos dias 5 a 10 de Abril de 1981. Intervenção de Maria Luísa Melo, (p. 281-282).

³⁶³ Resultado da reunião de avaliação final do 3º Curso de Enfermagem 1982, (p.13).

³⁶⁴ Documento em papel timbrado do INSA. Relatório intermédio – Projecto Dicove. Gabinete de Projecto. Janeiro de 1982, (p.14).

técnica dependia do DEE mas resultava numa colaboração interdepartamental com a participação de duas enfermeiras, uma da Direcção Geral dos Hospitais e outra da Direcção Geral da Saúde, em regime de destacamento.

Voltando à questão concreta da articulação entre as Escolas e as Organizações de Saúde, é de facto com a reforma de 1965³⁶⁵ que ela começa, essencialmente porque passou a ser possível identificar as necessidades concretas de parte a parte. Estas razões, se jogam todas a favor da escola, nem por isso conduzem necessariamente à «exploração» da escola pelo hospital no que respeita à utilidade das alunas para suprir, eventual ou permanentemente, a falta de pessoal dos quadros, devendo isto acontecer mais a partir de um relacionamento onde directamente, ou através de acordos com os hospitais a que estejam ligadas a outros hospitais ou serviços em que se realizem as aulas ou os estágios.

A década de 80 traz novas dimensões ao relacionamento entre instituições porque as condições sócio-políticas se alteraram, em que numa sociedade mais democrática o Estado mantinha um papel regulador do ensino de enfermagem e do trabalho, pela simultaneidade de intervenções (como formador e como empregador)³⁶⁶, mas também porque o grupo profissional dos enfermeiros foi sendo alvo de crescimento e autonomização, promotores de uma maior capacidade de discussão entre si, e de reivindicação através das organizações profissionais e dos próprios docentes que procuraram ter uma posição activa e interventiva nas mudanças que se operavam.

Na lógica da continuidade do Estado regulador, assistia-se a orientações dirigidas concretamente à forma de relacionamento³⁶⁷ “que todos os serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde deveriam prestar às Escolas toda a colaboração, nomeadamente no que respeita à facilidade para a aprendizagem prática dos alunos (estágios), cedência de instalações se necessárias e demais colaboração solicitada”.

A dinâmica sócio-profissional dos enfermeiros, tema a tratar adiante em capítulo próprio, assume relevância pela mobilização dos enfermeiros na generalidade e dos docentes em particular, a propósito essencialmente da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional³⁶⁸. Esta é uma posição compreensível pelo facto de os enfermeiros docentes se encontrarem num período em que a formação para progressão académica era uma realidade imperiosa. Mas como se analisará, não deveria ter sido «lida» como uma inovação ao método de orientação.

³⁶⁵ Relatório que faz o ponto de situação da revisão do ensino de enfermagem 1965.

³⁶⁶ Despachos conjuntos no sentido da necessária colaboração na formação de novos enfermeiros

³⁶⁷ Circular Normativa nº 12 de 15.6.84. Cursos de Especialização em enfermagem. Do DEE para conhecimento de todas as Escolas de Enfermagem dependentes do INSA, (p.4).

³⁶⁸ Documento em inglês, com indicação de que foi elaborado no âmbito do Ministério da Saúde. DEE «Educação em Enfermagem em Portugal» 1988. Integração do ensino de enfermagem. Sindicatos, (p.1).

Pela parte dos docentes que na sua maioria optaram pela aquisição de habilitações para progressão académica, apesar de não terem existido acordos³⁶⁹ com as características antes apontadas, e como as escolas foram chamadas a continuar e até a aumentar o número de alunos a admitir, terá existido a construção de uma «imagem» de que a estratégia formativa teria sido mudada com um desvio da responsabilidade de orientação dos alunos em estágio, por parte dos enfermeiros da prática, sendo claramente estabelecido à altura³⁷⁰ que “(...) a organização dos estágios assim como a orientação e avaliação dos alunos é da responsabilidade da Escola ainda que com a colaboração do pessoal de enfermagem dos serviços em causa (...)”. Os docentes de enfermagem, posicionavam-se à altura³⁷¹, assumindo que o “(...) processo de integração do Ensino de Enfermagem no Sistema educativo Nacional, exige (...) pré-requisitos, (...); relativamente às relações escola / instituições da comunidade (...) necessidades de tempo para estabelecimento de protocolos de cooperação com as diferentes instituições de saúde e de educação em geral, que irão participar na formação de profissionais” (p.4). Com a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional³⁷², a elaboração do plano de estudos passou a ser da competência das escolas, a fim de ser posteriormente submetido à aprovação pelos Ministérios da tutela.

A integração caracterizou-se durante uma década pela dupla tutela, em que o Ministério da Saúde como principal empregador dos enfermeiros e no seguimento de uma tradição tutelar sobre os currículos, perpetuou a capacidade de influenciar as tomadas de decisão das escolas quanto a aspectos fundamentais como a estrutura, organização dos planos curriculares, *numerus clausus*, entre outros, de que se releva a não definição da ratio professor/aluno.

Entre 1995 e 2000 decorreu o maior projecto³⁷³ desenvolvido no âmbito da formação em enfermagem, tendo como finalidade promover a nível nacional um amplo debate sobre filosofias e modelos curriculares e em que durante os últimos três anos teve como mote procurar subsidiar a clarificação do objecto da disciplina de enfermagem. Nele mobilizaram-se essencialmente às situações formativas em contexto de trabalho, quer nos

³⁶⁹ Salvo nalgumas escolas, das quais se releva a Escola Superior de Enfermagem de Santarém como pioneira neste domínio.

³⁷⁰ Documento em papel não timbrado sobre «O ensino de enfermagem em Portugal». Não assinado. Não identificado, (p.1).

³⁷¹ Documento em papel timbrado. Dirigido à Ministra da Saúde, Ministro da Educação e Directora Geral do DRHS, pelos docentes das Escolas de Enfermagem. Integração do ensino no Sistema educativo Nacional. Posição dos docentes, (p.4).

³⁷² Decreto Lei nº 488/88, de 23 de Dezembro, com dupla tutela dos Ministério da Saúde e da Educação.

³⁷³ Projecto “Ensino de Enfermagem; Processos e Percursos de formação, sob a responsabilidade de coordenação da Enfermeira Julieta Sampaio, no âmbito do Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, com duração de três anos e com o envolvimento de docentes de enfermagem e enfermeiros. O autor da tese participou como formador pedagógico ao longo de todo o projecto.

estágios dos estudantes, quer no exercício profissional, reflectindo e questionando os valores que os estudantes e os enfermeiros desenvolvem no decurso da sua formação através da orientação dos professores de enfermagem e dos enfermeiros. Procurou-se o desenvolvimento da relação dialéctica entre o lugar de formação e o de intervenção, tendo-se privilegiado a estratégia do desenvolvimento de parcerias institucionais, que ainda na actualidade continuam a frutificar.

Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros, no âmbito das suas atribuições estatutárias, nomeadamente, e entre outras, fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação e pronunciar-se sobre os modelos de formação, levou a cabo um projecto coordenado por Asseiro³⁷⁴, em que numa primeira fase³⁷⁵ se procurou clarificar o cenário actual da formação em enfermagem, desde os modelos de formação de base e pós-base, passando pelas qualificações exigidas para o exercício profissional e consequente atribuição de títulos profissionais. Numa segunda fase, reflectiram-se as questões inerentes à interdependência entre os Modelos de formação e a Acreditação de cursos no contexto da atribuição de títulos profissionais. De acordo com os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros³⁷⁶, é desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, de que decorre (1) a definição do nível de qualificação profissional dos enfermeiros a (2) regulamentação do exercício da profissão e (3) a atribuição do título profissional de enfermeiro, com ênfase na definição das competências iniciais, como instrumento principal para a acreditação, processo que se iniciou com a referida definição de competências (em Dezembro de 2003) e com o início do processo de acreditação que se encontra em curso.

Este trabalho foi desenvolvido em torno de pressupostos básicos e essenciais ao modelo de formação em enfermagem, mas em que se releva a cooperação entre as escolas e as organizações prestadoras de cuidados, como contributo para que os profissionais de saúde sejam melhor preparados para a resolução de problemas no seio da comunidade, sendo igualmente relevante as condições em que a prática profissional se desenvolve (OMS, 1993). Actualmente esta questão encontra-se ao nível da decisão política no que concerne à cooperação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e do Ensino Superior³⁷⁷. O processo de autonomização terá um novo avanço, a partir da tutela única do Ministério

³⁷⁴ Asseiro, Maria de Lurdes (2003). Formação em enfermagem. Controvérsias e desafios, In: I Congresso da Ordem dos Enfermeiros

³⁷⁵ O Autor desta tese integrou a equipa de formadores /animadores na primeira fase deste projecto.

³⁷⁶ Aprovados pelo Decreto Lei nº 104/98 de 21 de Abril

³⁷⁷ Ante projecto lei 2003 “quanto à especificidade do modelo de formação em enfermagem, que suporte e clarifique as parcerias interorganizacionais”.

da Educação³⁷⁸, suportada por uma política de formação de enfermeiros no âmbito da formação na área da saúde, integrada na política educativa do país.

Síntese da Parte II - Dos espaços de formação de enfermeiros à «escola» de enfermagem

Nesta parte da tese procurou-se desenvolver e explicar os momentos chave para compreender as transições ocorridas no período em estudo, quanto à evolução das escolas para enfermeiros sem autonomia como serviços dos hospitais, à criação de uma rede de escolas de enfermagem independentes dos hospitais e posteriormente à conversão em Escolas Superiores de Enfermagem, após a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional. O Estado assume nesta análise, o espaço macro social mais vasto onde se insere a compreensão do relacionamento entre um papel, reformista e regulador, através dos serviços centrais que procuravam coordenar o exercício e o ensino de enfermagem, preparando os diferentes momentos de transição, de acordo com a descrição dos seguintes factos e que se representa na figura seguinte.

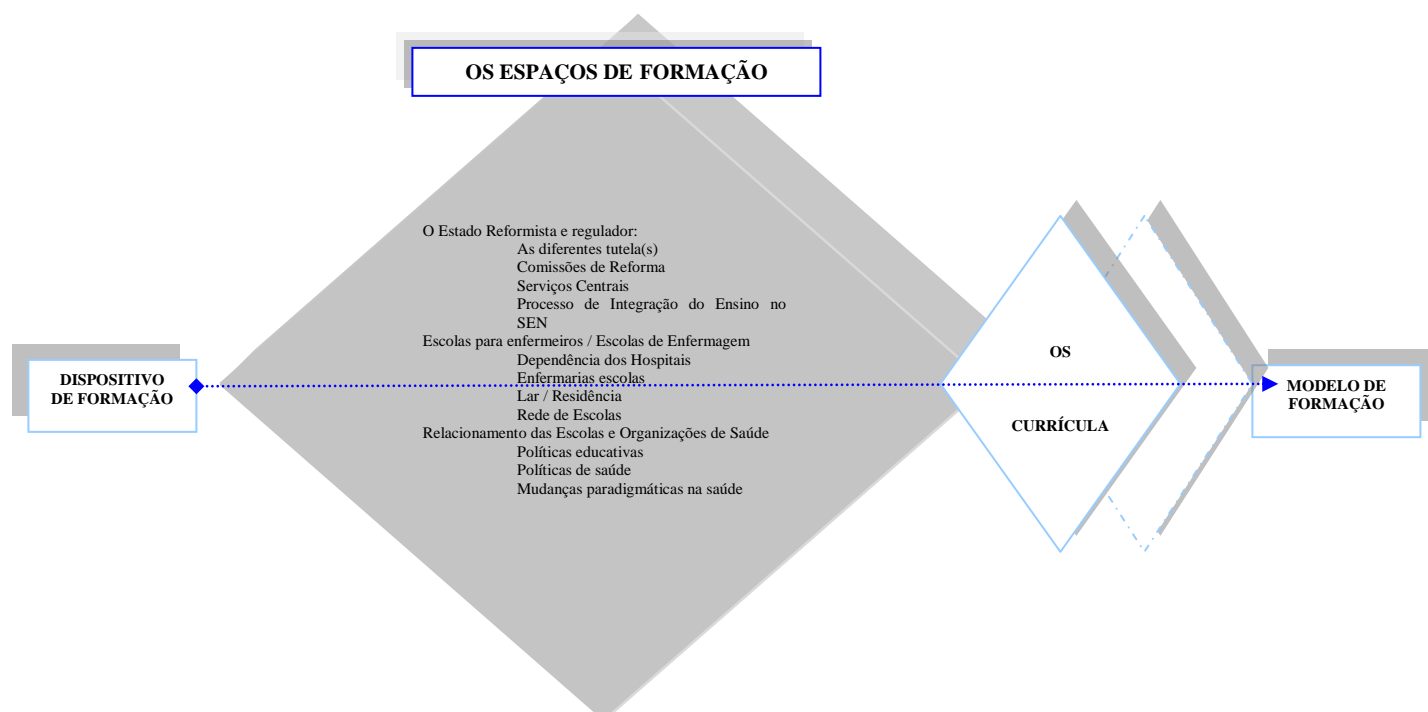


Figura nº 3 - Esquema das dimensões e tópicos no domínio «Espaços de Formação», no período entre 1952 e 2003

³⁷⁸ Decreto Lei nº 99/2001, de 28/03. Tutela exclusiva do Ministério da Educação. Cria os Politécnicos de Saúde

O Estado reformista e regulador

- Desde 1942 que o Estado procura regular o exercício ilegal da actividade de enfermagem, através do normativo legal que define as regras sobre quem eram os enfermeiros.
- O Estado procurava garantir a qualidade do ensino de enfermeiros por forma a responder através da preparação técnica destes, à crescente complexidade dos serviços que os médicos lhes confiavam, complexidade esta proveniente das transformações económicas e sociais ocorridas em Portugal desde o início dos anos 50, traduzidos no aumento da procura social de ensino e das aspirações sociais dos jovens.
- As Escolas para enfermeiros, por estarem integradas nos Hospitais apesar de não serem Instituições de Assistência, era-lhes aplicada esta tutela o que dificultava o desenvolvimento da missão formativa das mesmas.
- A tutela do Ministério do Interior constituiu-se como constrangimento pelo facto de as orientações não serem emanadas do Ministério da Educação.
- O Estado assumia-se como defensor e zelador do bem público ao tomar para si o poder de aferir a competência do pessoal de enfermagem e fiscalizar a categoria do pessoal docente, o valor dos programas e os resultados obtidos para assegurar a idoneidade moral dos candidatos e a sua proficiência técnica.
- A tutela do ensino de enfermagem foi exercida até 1958 pelo Ministério do Interior – Inspeção da Assistência Social (criada em 1940). Entre 1958 e 1988 pelo Ministério da Saúde e Assistência; Ministério dos Assuntos Sociais e Ministério da Saúde. Entre 1988 e 2001, ocorreu a dupla tutela do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e a partir de 2001 a tutela única do Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- O tipo de tutela hegemónica do Estado, pode ser analisada como uma estratégia para integrar as exigências do poder local e as exigências económicas, favorecendo a intervenção do Estado naquilo que foram as reformas e inovações curriculares que ocorreram.
- Após a Revolução de Abril de 1974, de que decorre a democratização do país e a massificação da educação, assiste-se também à criação e desenvolvimento do Ensino Superior Politécnico.
- As Comissões de reforma constituíram-se na estratégia principal em que os Enfermeiros se mobilizaram no processo de profissionalização deste grupo. Nas décadas de 50 e 60, os Enfermeiros (responsáveis por organizações de saúde e representantes dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem) participaram nas Comissões constituídas na maioria por médicos.
- No início da década de 70, foi constituída uma Comissão para estudar o esquema de ensino de enfermagem, cujos resultados estiveram na base das alterações profundas que vieram a ocorrer na elaboração do Plano de Estudos de 1976. Nesta década e na de 80, as

Comissões passaram a ser constituídas essencialmente por Enfermeiros, embora ainda com a coordenação de outros profissionais, essencialmente da área da medicina.

- Os Serviços Centrais, que integravam Enfermeiros na sua constituição, desenvolveram uma acção concreta no processo de construção das Escolas como espaços formativos autónomos, na medida em que desenvolveram estudos que permitiram conhecer melhor a realidade, tanto do exercício como do ensino.

- A Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, no âmbito da Inspecção da Assistência Social, coordenada pela Enfermeira Maria da Graça Simeão, produziu um relatório que caracteriza a situação do exercício e do ensino de enfermagem em 1957/58.

- A Inspecção Técnica dos Serviços de Enfermagem, no âmbito da Direcção Geral dos Hospitais, liderada pela Enfermeira Maria Fernanda Resende e Enfermeira Mariana Diniz de Sousa, responsável pela área do ensino e a Enfermeira Costa Reis, pela área do exercício.

- Em 1974 é criado o Departamento de Ensino de Enfermagem no âmbito do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, com a presença de Técnicos de Enfermagem. Este serviço assume um papel importante no processo de democratização e autonomização das Escolas, numa associação clara com a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem.

- Em 1988, é extinto o DEE enquanto tal e os Técnicos de Enfermagem são integrados na Divisão de Ensino do Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

- A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional começou a constituir-se como intenção no final da década de 60, embora com maior ênfase na década de 70. Em 1971 o Conselho Escolar da EEAE manifestava-se face aos esquemas de formação em enfermagem, na perspectiva do que era preconizado pelo Ministério da Educação, o que pode ser considerado como indicador do espaço e do tempo em que se discutia o ensino de enfermagem como questão da educação e não apenas da saúde. O reconhecimento das habilitações literárias para a admissão ao Curso de Enfermagem Geral, idênticas às da entrada no ensino superior, o plano de estudos de 1977, a extinção dos dois níveis de formação e o reconhecimento da possibilidade das Escolas serem convertidas em Escolas Superiores (Lei nº 61 / 78), constituíram-se como factores que conduziram a que em 1977 tenha sido proposto que os Cursos de Enfermagem fossem enquadrados no Sistema Educativo Nacional, pelo reconhecimento da formação humana, científica técnica dos enfermeiros e que lhes conferissem equiparação para prosseguimento de estudos a nível superior.

- O processo de integração teve assim início em 1978 com a publicação da Lei nº 61 / 78 de 29 de Julho.

- Na década de 80 desenrola-se todo o processo de integração no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, que se concretiza em 1988.

Escolas para Enfermeiros / Escolas de Enfermagem

- Na década de 50 os Hospitais eram a principal estrutura de prestação de cuidados, sendo as Escolas consideradas como serviços sob a direcção de quem os dirigia e administrava.
- Os Hospitais eram locais de aprendizagem dos enfermeiros, por excelência, pois eram espaços onde se aprendia a descodificar o que se esperava em relação a quem detinha o poder: os médicos.
- As condições de admissão às escolas para enfermeiros eram definidas por regulamentos, que eram idênticos tanto para os Hospitais como para as Escolas.
- A iniciativa da criação das Escolas era para além do Estado, também das Instituições Religiosas e Assistenciais.
- As Escolas formavam Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem, com ênfase nos últimos. Em 1957 existiam 23 escolas de «enfermagem», sendo 13 oficiais e 10 particulares.
- No início desta década, foram criadas as Enfermarias Escolas, como espaços de aprendizagem (Laboratórios da realidade) que produziram efeitos benéficos (possibilidade de aprendizagem orientada) e efeitos perversos (alunos como força de trabalho). São definitivamente eliminadas em 1964. Até à década de 50, foram desenvolvidas algumas tentativas de organizar novos métodos de ensino prático (Decreto nº 32 612, Diário do Governo, Série I, nº 302, de 31 / 12 de 1942) tanto nas Escolas Oficiais como nas Escolas Particulares.
- Na década de 60, os Hospitais adquiriram uma nova dimensão e maior complexidade, conduzindo ao que veio a ser designado por Hospitalocentrismo, na medida em que a ênfase ocorria no tratamento da doença e assim o Hospital era o local mais adequado ao desenvolvimento deste paradigma.
- Nas décadas de 50 e 60 foram desenvolvidos os Lares / Residência essencialmente para as alunas de enfermagem (promoção da feminização da profissão), entendendo-se estes como locais de formação / socialização no que concerne à aprendizagem da relação entre as actividades da esfera privada e da esfera pública, na construção social do género. Procura também promover-se a proximidade / distância às enfermarias, consistindo na construção do capital simbólico (Próximo do Sistema Nightingale).
- As condições sócio-políticas do início da década de 60, com a importância atribuída à necessidade de melhoria dos indicadores de saúde no país, permitiram desenvolver o estudo das necessidades em relação à criação de novas Escolas de Enfermagem. Foi feito um levantamento total dos recursos e necessidades de enfermagem, o que permitiu a existência em 1964, no Ministério da Saúde, de informações e sugestões fruto do trabalho das comissões existentes até aí. Foi realizado um inquérito minucioso a todas as Escolas de Enfermagem, por um pequeno grupo coordenador com a participação das Direcções Gerais, das Escolas, das Direcções Clínicas dos Hospitais, Superintendentes dos Hospitais e

Institutos. O objectivo era o de reformar o exercício da profissão, tornando-o atraente, compensador e digno sem deixar de ser rigorosamente disciplinado. Esta postura pode ser classificada como promotora da génese da componente profissional da disciplina.

- Em 1963, uma consultora da OMS de visita a Portugal, colaborou na definição de princípios para a organização e criação de uma Escola de Ensino Pós- Base ou Superior.

- A reforma de 1964, permitiu criar relações diferentes das Escolas que agora eram independentes dos Hospitais.

- Em 1967 é criada a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, primeira Escola verdadeiramente independente dos Hospitais e considerada de nível superior, onde se desenvolveu essencialmente a formação de líderes de Enfermagem (Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Docentes), que viriam a colaborar na transformação do cenário do exercício e do ensino a partir da década de 70. A missão da Escola era a formação Pós Base, a Investigação e a Formação Permanente.

- Terá sido a partir do desenvolvimento da acção da EEAE que se pode considerar a transição das Escolas para Enfermeiros, para as Escolas de Enfermagem. A especialização do saber era assumida como variável essencial ao desenvolvimento da Enfermagem. Também as metodologias utilizadas eram consideradas como de aproximação aos métodos preconizados para serem utilizados nas Universidades.

- No início da década de 70 assiste-se ao alargamento da rede de Escolas de Enfermagem, cuja missão era essencialmente formar Auxiliares de Enfermagem até à extinção deste nível de formação em 1975. Ainda nesta década é reconhecido em 1979, às Escolas de Enfermagem, a possibilidade de serem convertidas em Escolas Superiores de Enfermagem.

- Em 1988 ocorre a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional e em 1989 as Escolas são convertidas em Escolas Superiores de Enfermagem.

- Em 2001 (Decreto Lei nº 99 de 28 de Março de 2001), assiste-se à primeira tentativa de redefinição da rede pública das Escolas Superiores de Enfermagem, com o cenário de escolas integradas e escolas não integradas nos Institutos Politécnicos e / ou Universidades.

Relacionamento das Escolas / Organizações de Saúde

- Nas décadas de 50 e 60, vão emergindo novas necessidades de saúde, com o respectivo crescimento das organizações de saúde – os Hospitais Regionais e os Dispensários de Saúde Materno – Infantil e Psiquiátricos.

- A decisão política foi no sentido de reforçar a formação de Auxiliares de Enfermagem (base e especializada).

- Na década de 50 o relacionamento entre as Escolas e as organizações de saúde começou a caracterizar-se pelo estabelecimento de protocolos. Nesta década começa a constituir-se uma consciência diferente sobre a problemática da saúde, em que se questiona a capacidade

exclusiva dos cuidados hospitalares para a melhoria da saúde e qualidade de vida das populações, começando a ser valorizada a intervenção na comunidade.

A metodologia epidemiológica do estudo das doenças (para além das doenças transmissíveis) de evolução prolongada, bem como o reconhecimento da importância do Ambiente, leva à criação da OMS (em 1948). Na dimensão sócio-cultural, emerge um discurso fortemente individualista onde se procura promover a adopção de comportamentos saudáveis em termos individuais, começando a desvalorização do papel do Estado.

- O final da década de 50 trouxe mudanças no âmbito da Saúde, com a criação do Ministério da Saúde.

- Na década de 60, a abertura à influência estrangeira, sobretudo a partir da OMS, vai produzindo alterações na política da saúde, essencialmente a partir da construção do conceito de saúde não por oposição ao conceito de doença, mas de forma interdependente, o que contribuiu para a criação de condições para a reforma de 1964.

- Apesar do fechamento político existente na altura, em relação à saúde e concretamente à Enfermagem, era valorizada a interdependência por via das visitas realizadas ao estrangeiro e visitas de consultoras da OMS a Portugal. A epidemiologia assumiu um papel importante no desenvolvimento de uma visão de saúde para além do conceito de oposição à doença, pela chamada transição epidemiológica, que levaria os cuidados de saúde a evoluírem de uma perspectiva de curar para o cuidar.

- As condições socio-políticas da Primavera marcelista, caracterizaram a abertura à influência estrangeira na formação superior e especializada, que conduziram à criação da EEAE.

- O início da década de 70 é caracterizado por uma Reforma Política na Saúde (Reforma Gonçalves Ferreira, em 1971) com a reorganização do Sistema de Saúde essencialmente em relação à Saúde Pública, criando os Centros de Saúde de 1ª geração, decorrentes da fusão com Dispensários Materno - Infantil existentes.

- Reconhece-se pela primeira vez o direito à saúde de todos os cidadãos. A intervenção do Estado deixa de ser supletiva para passar a ser responsável pela política de Saúde, bem como pela sua execução e onde se procura construir a transição entre o conceito de paciente e o conceito de cliente.

- Também nesta década (de 70) ocorre uma política educativa promotora da criação de espaços plurais e convergentes, coincidente com o alargamento da rede de escolas de enfermagem, por pressão do poder local; pela tentativa de fixação das diplomadas; pela necessidade de resposta a novas necessidades de saúde e pelo crescimento das organizações de saúde – Hospitais e Centros de Saúde.

- É também nesta década que são criados os Institutos Politécnicos como consequência da criação do Ensino Superior Politécnico, acontecendo como resultado da Democratização do

País após o 25 de Abril de 1974, o que conduziu a uma massificação da educação. Desenvolve-se uma dinâmica diferente na oferta e na procura, entre as necessidades de formação e a resposta das escolas.

- A reforma no Sistema Educativo Nacional com a criação, primeiro do ensino superior de curta duração e posteriormente do Ensino Superior Politécnico, criou uma instabilidade pela diferenças entre os dois subsistemas do Ensino Superior, o que poderá ter sido um dos constrangimentos que prolongou a tomada de decisão em relação à integração do ensino de enfermagem, por mais de uma década.

- É também após 1974 que é preconizada a criação do Sistema Nacional de Saúde, criado em 1979, através da Lei de bases da Saúde (Lei Arnaut), de que se releva a importância assumida do paradigma da Saúde para Todos (ênfase nos Cuidados de Saúde Primários), emergente da influência da Declaração de Alma Ata (1978).

- O medicocentrismo estende-se à área dos Cuidados de Saúde Primários no início da década de 80, com a designada medicalização da actividade nos Centros de Saúde (Despacho Normativo nº 97 de 1983 – Centros de Saúde de 2ª Geração), muito por influência da perspectiva transportada pelos Serviços Médico Sociais.

- Desde o final da década de 60, assiste-se à emergência da prática como campo de reflexão, constituindo-se os espaços de trabalho e de formação como dicotómicos no que concerne à articulação teórico-prática, situação que só começa a reverter na década de 90, mercê do papel da investigação no âmbito dos Cuidados de Enfermagem.

- Em todo este período em análise, pode caracterizar-se o relacionamento entre as Escolas e as Organizações de saúde, num continuo sincrónico-diacrónico-sincrónico, em transição para o trabalho em parceria em construção neste início do século XXI.

- Com a Lei de Bases da Saúde, ao defender que o cidadão é o centro do Sistema Nacional de Saúde como novo paradigma, a enfermagem mobiliza o paradigma da integração que preconiza que a pessoa é o centro do processo de cuidados de enfermagem, apoiado no conceito de transição.

- Na década de 80, começa a ser mais claro que as mudanças na saúde constroem cada vez mais a crença de que não parece ser possível responder a carências, actuando essencialmente no sector da assistência à doença, mas sim que se torna imperativo actuar na melhoria da qualidade de vida, através de medidas a tomar em equipa, de forma interdisciplinar e diversificada.

- Os Enfermeiros começam a valorizar a importância da avaliação das necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, como forma de testar a qualidade dos resultados sensíveis a esses cuidados.

PARTE III DOS SABERES DOS ENFERMEIROS AO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

A fim de explicitar os principais factos sociais no âmbito do tema em análise nesta parte da tese, apresenta-se em seguida uma série cronológica dos referidos factos.

Anos	Factos sociais
Até década de 50	A responsabilidade da definição dos conteúdos a mobilizar no ensino dos enfermeiros, era dos médicos.
1947	A capacidade dos enfermeiros intervirem na formação dos seus pares começa a ser reconhecida aquando da formação dos auxiliares de enfermagem, primeiro como auxiliares de ensino, depois como monitores.
1952	No plano de estudos desta reforma foi introduzida a abordagem das Ciências Sociais e Humanas, procurando iniciar uma visão do Homem e da Sociedade, para além da orientação biomédica. É introduzido como conteúdo disciplinar a Técnica de Enfermagem, onde os enfermeiros ensinavam os procedimentos técnicos da área médica e da área cirúrgica, separando-se o estudo das técnicas do estudo das patologias. Fixavam-se apenas os princípios fundamentais, pois a aplicação prática podia variar imenso de acordo com as circunstâncias. Começa a emergir a componente profissional da disciplina.
1957 / 1958	É no Relatório Simeão (associado ao nome da Coordenadora dos Serviços de Enfermagem – Maria da Graça Simeão), que se identifica a primeira intervenção formal dos enfermeiros na definição dos curricula de formação destes. Segundo este Relatório ainda não era sentida a necessidade de clarificar o que era a Enfermagem em Portugal, ao contrário do que ocorria nos Estados Unidos da América.
Década de 60	Em Portugal é considerada como problema a inexistência de um órgão coordenador. No âmbito da participação dos enfermeiros no Conselho Coordenador do Ministério da Saúde, é proposta a clarificação do conceito de enfermagem.
1964/1965	O plano de estudos que decorreu da reforma de 1965, apesar de elaborado sob a égide do Estado, foi apresentado e discutido com as Direcções Gerais intervenientes e com a consultadoria da OMS. A disciplina de enfermagem passava a ser o centro da formação dos enfermeiros, sem prejuízo da colaboração de outros técnicos. A orientação continuava a ser para a racionalidade técnica, o que tornava as enfermeiras como «auxiliares do médico».
1967	O conceito de cuidados de enfermagem de Virgínia Henderson é adoptado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN/CIE). No plano de estudos, para além da continuidade dos conteúdos no âmbito das Ciências Sociais e Humanas, são introduzidos conteúdos de formação e administração. No âmbito da filosofia educativa da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, a educação era entendida em sentido lato, podendo ocorrer em contextos diversos, para além da Escola (a família, o contexto de trabalho e a carreira do profissional). Inicia-se a sistematização dos saberes em enfermagem pelo uso da investigação e a identificação de uma dimensão intelectual dos cuidados de enfermagem. A disciplina começa a delinear-se como disciplina académica e científica.
Década de 70	A manutenção dos dois níveis de formação (Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) é fundamentada por razões de ordem social, educacional, económica e internacional. A heterogeneidade de cursos que vinha das décadas precedentes, começa a ser organizada a partir de um plano único na formação base, elaborado já com a participação de todos os intervenientes; a existência de novos cursos de especialização em enfermagem, desde 1973 e com o curso de enfermagem complementar com a nova orientação desde 1967.

	Exigência de maiores e melhores habilitações literárias para acesso ao ensino de enfermagem, tendente a um recrutamento mais eficiente. Preparação da integração efectiva do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Alargamento da rede de escolas, mas para formar essencialmente Auxiliares de Enfermagem, o que se tornou num constrangimento ao desenvolvimento dos saberes.
1973	1º Congresso Nacional de Enfermagem, caracterizado pela capacidade em discutir a partir da dicotomia entre a disciplina e a profissão, em que os cuidados de enfermagem eram caracterizados como função e não como saber próprio.
	Discutiram-se pela primeira vez os modelos teóricos em enfermagem.
1976	Reforma do ensino de enfermagem de que resultou o plano de estudos conhecido por «Livro Verde», com uma orientação para uma maior centralidade da pessoa na organização da disciplina de enfermagem.
1979	Primeira indicação explícita da tomada de decisão política de integrar o ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico.
Década de 80	Aumenta a dicotomia entre a teoria e prática, revelada pelo amadurecimento e consolidação da componente académica da disciplina. A Associação Americana de Enfermeiros definiu a enfermagem como o Diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde actuais e potenciais, passando a valorizar como foco de atenção a pessoa e não a doença.
1981	Iniciou-se formalmente o estudo da integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional.
1983	Os cursos de especialização em enfermagem, embora de organização curricular próxima da orientação biomédica, enfatizam a investigação como metodologia e estratégia para a sistematização dos saberes em enfermagem.
	Procura-se a explicitação desses mesmos saberes
1986	Foi iniciada a revisão curricular, com um plano de estudos único, considerando já (quanto à forma) alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas idênticas às do ensino superior. Quanto ao conteúdo, mais centrado na saúde e nas ciências sociais e humanas e com a introdução dos modelos teóricos de enfermagem. Valorização dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa que na doença, orientados para a continuidade de cuidados e não para a execução de tarefas isoladas. Introdução da disciplina de Investigação na formação inicial.
1988	Integração no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico. Reconhecimento às Escolas e aos professores, estudantes e demais intervenientes que as escolas entendessem mobilizar, a autonomia para a concepção, organização e desenvolvimento curricular. Transição de um plano único para a diversificação curricular.
1989	Conversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem não integradas.
Década de 90	A elaboração dos planos de estudos pelas diferentes escolas, obedeceu a linhas gerais emanadas pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Transita-se para uma lógica de diversificação curricular, a partir da autonomia das Escolas Superiores de Enfermagem para a elaboração dos planos de estudo: Início da frequência de cursos de mestrado em diversas áreas, pelos enfermeiros, bem como no mestrado em Ciências de Enfermagem, que decorreu na Universidade Católica desde 1991 até 1995 e no ICBAS, desde 1991. Esta lógica permitiu a sistematização dos saberes em enfermagem, pela investigação com ênfase a partir do conceito de cuidar.
1990	Curso Superior de Enfermagem – Bacharelato
1994	Curso de Estudos Superiores Especializados de Enfermagem – equivalência à licenciatura.
1997	Alteração à Lei de Bases da Educação, Lei nº 115 de 19 de Setembro de 1997.
1998	Resolução de Conselho de Ministros – Formação na área da saúde
1999	Curso de Licenciatura em Enfermagem, em ciclo único com a duração de quatro anos. E medidas transitórias para os estudantes e enfermeiros que pretendiam obter o grau de licenciatura.
2000	Processo de Bolonha
2002	Primeiro Doutoramento em Enfermagem, em Portugal.
2003	Início dos primeiros Cursos de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem.

CAPÍTULO 1 DO CURRÍCULO CONSTRUÍDO POR OUTROS À RESPONSABILIDADE DOS ENFERMEIROS NA ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CURRICULAR

Os diferentes momentos que caracterizam a evolução do ensino de enfermagem ao longo das cinco décadas em análise, mostram a existência de marcos no que concerne à construção e operacionalização dos currícula de formação em enfermagem.

A importância em compreender a relação dialéctica entre a formação e o trabalho, conduz à mobilização da Sociologia do Currículo e da Sociologia dos grupos profissionais, pelo estudo dos factos sociais que caracterizam a construção e organização do ensino de enfermagem na segunda metade do século XX, naquilo que se considera ser uma transição da disciplina de enfermagem de uma orientação exclusivamente profissional, para uma integração entre uma componente profissional e uma componente académica, do mesmo.

A concepção e organização do ensino de enfermagem tem vindo a evoluir para um paradigma de educação reflexiva, onde o formando desenvolve competências no âmbito da reflexividade na acção e onde o trabalho assume um papel formativo importante.

Este é um paradigma formativo que promove a existência de um profissional de enfermagem qualificado e competente, e nesta medida responsável pelo diagnóstico e planeamento do cuidado de enfermagem, que ele próprio executa e controla, num processo de cuidados onde o centro organizador é a pessoa saudável ou doente.

Actualmente assiste-se à construção de um nível de estruturação e de articulação dos saberes, que corresponde a um grau superior de complexificação e a uma mais aprofundada especialização da relação do homem com o mundo, o que permite atingir o sentido interpretativo promotor da legitimidade essencial à capacidade para explicar os resultados da acção dos enfermeiros quando são estes que intervêm no processo de cuidados como o profissional que simbolicamente é reconhecido como o mais apto, a assumir a responsabilidade dos cuidados num determinado contexto preciso.

De acordo com Soares (1997) a disciplina de enfermagem começa a ter autonomia quando nos casos em que os enfermeiros adquirem capacidade de intervir no processo de constituição do currículo e, por essa via, adquiriu uma posição central na formação.

No dizer da autora citada, a disciplina não deixa de ser eminentemente prática (profissional), isto é, onde se aprende a aplicação de técnicas derivadas do conhecimento científico, mas necessita fundamentar a referida aplicação de técnicas em conhecimento construído pelos profissionais no âmbito da disciplina (académica).

A enfermagem como disciplina que, de início, é constituída por actividades que, aparentemente, não se distinguem de hábitos da vida quotidiana que respondem às necessidades básicas do indivíduo, vai-se construindo sobre uma linha de fronteira (citando Petitat, 1989, p.192), dando origem a uma unidade que se apropria de saberes que apenas os médicos detinham, combinando esses contributos com as técnicas de cuidados. Técnicas que passam para a esfera do trabalho da enfermeira, à medida que se desenvolvem os meios diagnóstico e tratamento cuja execução deixa de ser significativa para o médico (Soares, 1997).

Baseado no auto - conhecimento da realidade, foram seleccionados e valorizados como marcos de evolução do ensino de enfermagem nesta dimensão, os planos de estudo como currículo explícito de um curso e demais categorias a estes inerentes e referidas antes, fazendo-o na busca do relacionamento entre as disciplinas escolares com as forças sociais que as introduziram no currículo educacional, sendo consequência a organização do trabalho académico em torno das mesmas, (Goodson, 1997).

A «Escola» tal como era considerada como aparelho produtivo e reprodutivo, influencia na medida em que tem importância na produção do conhecimento técnico-administrativo e da ideologia que o acompanha (Apple, 2001).

A enfermagem, desenvolveu-se em Portugal, a partir dos saberes médicos que se organizam numa perspectiva científico – tecnológica, o que tem valorizado os conteúdos da disciplina de enfermagem exclusivamente na vertente técnica, e com subordinação ao saber e poder médicos. Acontecendo isto na formação, porque eram os médicos que definiam os conteúdos curriculares, e na prestação, onde aos enfermeiros não era reconhecida a capacidade de actuar sem a prescrição dos mesmos.

De 1952 a 1964

Numa perspectiva sócio – histórica da formação de enfermeiros, até aos anos 50 do século passado, os saberes adquiridos na luta pela sobrevivência deste grupo criado na dependência directa dos médicos, foram-se estruturando e articulando ao nível do que se pode designar por conhecimento tácito, correspondendo-lhe um grau de complexidade mais básico na relação do homem com a natureza, através da designação do saber (*da*) técnico(*a*) (Caraça, 2001)³⁷⁹.

³⁷⁹ em que os conhecimentos de natureza técnica surgem associados a combinação dos factores persistência e espaço, tendo a ver com a permanência física e a luta pela sobrevivência o nível tácito corresponde ao grau de complexidade mais básico na relação do homem com o seu grupo social, num confronto de duas ordens: a da objectividade e da subjectividade.

Na década de 50, a responsabilidade era essencialmente dos médicos, que eram os professores reconhecidos pelo Estado, que por sua vez assumia o papel de regulador do sistema.

Considera-se nesta análise o conceito de desajustamento, que tende a avivar a existência de concepções de pessoas diferentes e inferiores, sendo que a escola, nesta perspectiva é meritocrática (Apple, 2001), gerando determinados tipos de desajustamento, que se encontram profundamente associados ao lugar complexo que as escolas ocupam na reprodução económica e cultural das relações de classe – por um lado, e à função da escola como um aparelho ideológico do Estado, por outro.

A relação entre a medicina e a saúde/doença caracterizava o reconhecimento social destes profissionais que detinham, para além do poder de decisão no quotidiano, também o poder de decisão em relação às características da formação daqueles que eram considerados como «auxiliares dos médicos» e a quem era essencialmente atribuído o papel de executores das acções que eles prescreviam sobretudo porque deixavam de as querer executar, por passarem a fazer outras (mais nobres, porque «mais científicas») que decorriam da evolução científica e tecnológica da medicina da época.

Durante mais de quarenta anos foram os médicos os únicos professores das escolas de enfermagem, que decidiam o que devia ser ensinado, tornando a enfermeira como a auxiliar do médico e que este domina porque possui o saber e o poder para o fazer. De acordo com Soares (1997) é com a formação das auxiliares de enfermagem que às enfermeiras é reconhecida a capacidade de intervir na formação dos seus pares, primeiro como auxiliares de ensino até 1947 e depois como monitoras.

O currículo do curso de enfermagem é determinado pelos progressos da medicina e da cirurgia e pelas necessidades cada vez mais complexas do trabalho hospitalar.

São os médicos que «inventam» o currículo dos cursos de enfermagem, aceitando e mantendo um conjunto de saberes próprios da medicina, indispensáveis ao desempenho que está destinado à enfermeira. É um saber utilitário subordinado à ciência coerente do médico (Kniebiehler, 1984).

A preocupação já acontecia quanto à necessidade de adequar a formação dos candidatos ao plano curricular, elevando o nível do ensino prático e as suas bases teóricas, mas não esquecendo as habilitações dos alunos, considerando também o perfil que se pretendia atingir no final do curso³⁸⁰.

Existia uma clara diferença entre o ensino teórico onde “eram ministrados aos alunos os princípios fundamentais das ciências contidas nos planos de estudo” por professores médicos (essencialmente) sendo as aulas práticas remetidas para os monitores e auxiliares

³⁸⁰ Relatório de actividades escolares nos anos de 1953-1954. Documento em papel timbrado da EEAR, dirigido ao Sr Ministro do Interior. Sem Assinatura, mas com referência na Introdução ser da responsabilidade da Direcção da Escola, (p.8).

de monitores, na medida em que “as aulas práticas têm por fim ensinar aos alunos as técnicas de enfermagem, integradas dos princípios referidos nas aulas teóricas”³⁸¹ (p.24).

Estava-se na presença de uma formação que era essencialmente prática (à época), não existia qualquer coordenação entre as aulas teóricas e práticas e o estágio, e onde os cuidados de enfermagem decorriam da abordagem médica, sem contextualização, numa clara dicotomia entre a concepção e a execução dos cuidados e consequentemente sem fundamentação científica para os mesmos, o que fazia até questionar a existência de um conceito de cuidados de enfermagem.

A primeira intervenção formal dos enfermeiros na definição dos curricula de formação, é identificável ao relatório produzido pela Comissão Coordenadora do Exercício de Enfermagem, coordenada pela Enfermeira Maria da Graça Simeão, que em relação ao ensino de enfermagem sugeriu algumas alterações de que já se produziu análise em secções anteriores.

O sentido que era atribuído a quem de facto dominava o ensino de enfermagem na década de 50, passava pela reorganização do exercício profissional considerada como essencial e também pela definição de quem era responsável pelo ensino teórico – os médicos e pelo ensino prático – os enfermeiros monitores³⁸². Também no que concerne ao desenvolvimento do esquema de formação era clara a definição do estatuto de quem assumia a responsabilidade, tanto no ensino público como no ensino privado³⁸³.

Estava-se perante a aquisição por parte dos enfermeiros, ao nível do ensino, de um espaço de intervenção que se viria a revelar de grande importância para a construção de um campo próprio de saberes, suportado à altura pela ênfase colocada nas técnicas de enfermagem, onde se aprendiam os procedimentos técnicos da área médica e da área cirúrgica, separando-se o estudo das técnicas do estudo das patologias, valorizando-se o facto de serem ensinadas por enfermeiras (monitoras), mas ainda numa total ausência de objectivos consentâneos com a formação de enfermeiros³⁸⁴.

A análise a esta evolução, situa-se na perspectiva referida por Apple (2001), quando refere que à medida que os estudantes apreendem um conhecimento novo, passam a investir nas capacidades adquiridas na formação técnica, para posteriormente atingirem melhor posição no processo de trabalho, o que lhes possibilitará índices mais elevados de mobilidade social numa economia em expansão. O que contribui para a sustentação da relação preconizada, entre a sociologia da educação (do currículo) e a sociologia dos grupos profissionais (processo de profissionalização), para se compreender o fenómeno em estudo.

³⁸¹ Regulamento da Escola Dr Ângelo da Fonseca, 1952, (p.24).

³⁸² Documento em papel timbrado da EEAR. Declaração de voto do Dr Adriano Castilho.

³⁸³ Regulamento da Escola de S. Vicente de Paulo. Novembro de 1947

³⁸⁴ Relatório de actividades escolares nos anos de 1953-1954. Documento oficial em papel timbrado da EEAR, dirigido ao Sr Ministro do Interior, (p.8).

Mas nesta década o ensino estava ainda pouco preocupado com o aluno (Nota I, p.71), procurando-se a clarificação da divisão social do saber, com a preocupação em separar e não integrar, numa lógica redutora, organizando a formação numa perspectiva de modelo biomédico, que perpetuasse a dependência e a subordinação ao modelo da racionalidade técnica.

Existiam, no entanto, algumas tentativas de inovação quanto à organização dos conteúdos, sendo que já em 1952, no plano do Curso de Enfermagem Geral³⁸⁵, se introduzia a abordagem das ciências sociais e humanas como contributo para a construção de um paradigma para além da orientação biomédica em exclusivo, procurando uma nova visão do homem e da sociedade. Nesta data, a posição vigente quanto à decisão sobre a concepção e organização do ensino de enfermagem era claramente atribuída aos médicos, pelo Estado, considerando-se como fundamental “... melhorar a preparação técnica dos enfermeiros (pois) (...) na medida em que se afirma a importância técnica dos enfermeiros, serão mais complexos os serviços que os médicos lhes confiam”³⁸⁶.

Estava-se perante a relação entre conhecimento escolar e controlo social, que Michael Young citado por Goodson (1997) estabelece, quanto ao conteúdo e à forma “os que estão em posição de poder, tentarão definir o que se deverá entender como conhecimento dos diferentes grupos e quais as relações aceites entre as distintas áreas do conhecimento e entre os que a elas têm acesso e as tornam disponíveis”(p.23).

A influência, resultante de algum poder atribuído às enfermeiras quando passaram a ser Directoras das Escolas de Enfermagem, resultou na promoção de mudanças, de que se releva a questão colocada também por alguns médicos no sentido de saber se seriam os professores enquanto médicos ou as monitoras como enfermeiras que ofereceriam mais garantias para educar as enfermeiras técnicas que eram necessárias³⁸⁷.

No contexto da evolução do sistema educativo, a planificação cuidada da «força de trabalho» e a estimulação de curricula escolares técnicos e científicos, direccionados para um determinado percurso profissional, tornam-se factores preponderantes (Apple, 2001), tendo sido aparentemente mobilizados pelos responsáveis na condução do ensino de enfermagem, mobilizando as alterações que aconteciam no âmbito do ensino técnico, nível a que o ensino de enfermagem era comparado em termos normativos. A mudança nas habilitações literárias e a duração do curso foi uma das principais alterações introduzidas.

A década de 60 trouxe alguma «abertura» na discussão sobre o que se pretendia da enfermagem e concretamente do seu ensino, sendo que uma das dimensões onde era

³⁸⁵ Ofício nº 378 de 9.9.53 em papel timbrado da EEÂF, dirigido ao Inspector Chefe da Assistência. Plano do Curso de Enfermagem Geral. Aborda a organização dos conteúdos das unidades curriculares – Psicologia e Sociologia.

³⁸⁶ Decreto Lei nº 38884/52 de 28 de Agosto

³⁸⁷ Corrêa, Mello (2002). Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras, p.208.

necessário apostar era na aprendizagem tornando-se essencial alterar o estatuto do estudante, o que fez com que “(...) fossem claramente definidos os objectivos educacionais”(Sousa, 1983, p.12) e onde se começava a identificar a necessidade de enunciar os princípios estruturantes do ensino³⁸⁸, sendo considerado que “(...) onde a tarefa se torna mais difícil é na comunicação dos princípios a que deve obedecer este ensino”(p.93).

É com este plano de estudos (de 1965) que se começa a clarificar mais objectivamente que o enfermeiro não é um profissional que executa actos médicos de observação, diagnóstico e terapêutica, mas sim que colabora nos mesmos, pelo que, para colaborar necessita compreender os seus gestos e os gestos do médico.

Até esta reforma³⁸⁹ verifica-se que o ensino da patologia era demasiado desenvolvido pelos médicos professores, que na maior parte dos casos faziam os cursos puramente para médicos. Os aspectos de enfermagem estavam pouco desenvolvidos e ainda não havia relação entre o ensino ministrado na aula e a experiência prática.

Esta perspectiva apontava para uma determinada metodologia de ensino, entendida aqui como a «forma de ensinar a matéria», pois existia a consciência que sendo a preparação de base muito rudimentar, tornava-se essencial o professor fazer um ensino de carácter indutivo, partindo da experiência das alunas e ajudando-as a reflectir sobre a sua experiência e sobre as práticas que se relacionassem com a própria profissão³⁹⁰. Estava-se perante um modelo de formação orientado para a racionalidade técnica, em que as enfermeiras eram consideradas auxiliares do médico.

De 1965 a 1976

O desenvolvimento de uma concepção diferente de Pessoa em torno das suas necessidades (a partir da década de 60) levou a enfermagem a englobar outros saberes que não apenas os que derivavam da relação de dependência dos médicos (tecnicistas), deixando de mobilizar apenas os conhecimentos da patologia, adquiridos numa perspectiva de informação, dos quais releva a mobilização da área das Ciências Sociais e Humanas³⁹¹.

A importância dos saberes técnicos é relevada na medida em que estes se constituem para os enfermeiros como uma forma de «capital», que é encontrado e contestado no local de trabalho como uma forma de controlo em co-presença ou à distância (Caria, 2002)³⁹².

³⁸⁸ Documento em papel timbrado da Direcção geral dos Hospitais. Curso de Enfermagem Geral (2ª Parte) – programa das disciplinas, (p.99).

³⁸⁹ Documento pessoal de Mariana Diniz de Sousa, subordinado à Revisão do Ensino de Enfermagem, produzido em Dezembro de 1964 (e nesta altura confidencial) e que passou a ser público a partir de Maio de 1964, (p. 31-32).

³⁹⁰ Documento em papel timbrado da Direcção Geral dos Hospitais. Plano de estudos do Curso de Enfermagem Geral de 1965. Directrizes para o funcionamento do curso, (p.152).

³⁹¹ Plano de estudos do curso de enfermagem geral de 1965. Disciplina de iniciação aos problemas sociais.

³⁹² apropriação do conhecimento abstracto para o inserirem em contextos de acção profissional (...).

Em 1965 assiste-se à nova reforma do ensino de enfermagem em Portugal, consubstanciada pela aprovação de um plano de estudos³⁹³, que continua a ser de nível nacional, mas que procura introduzir uma maior ênfase na saúde e nas ciências sociais e humanas, como áreas disciplinares a desenvolver, para além da valorização da «disciplina de enfermagem» como central ao desenvolvimento curricular, embora com uma orientação biomédica (Nota II, p.71).

A «escola», como local de produção e distribuição do conhecimento, essencialmente do conhecimento técnico, procurava cada vez mais que fossem maximizadas as hipóteses de êxito num mercado cada vez mais competitivo. Numa posição mais estrutural, embora também seja valorizada a distribuição de normas e ensinamentos que reforçam e reproduzem economicamente determinadas posições de classe. Esta perspectiva permite, denunciar grande parte das crenças na meritocracia, ainda muito enraizadas, que aceitam como «facto» que a distribuição desse conhecimento técnico garante a mobilidade, numa sociedade que é, em essência, desigual (Cf. Apple, 2001, p.93).

A revisão curricular desta reforma, parecia apostar na transmissão de conhecimentos técnicos concretos e por outro lado, a divulgação de outros saberes relacionados essencialmente com as Ciências Sociais e Humanas, sobreponível com o referido por Resende e Vieira (1992), quanto ao Ensino Politécnico.

Este aspecto adquire uma importância extrema, na medida em que emergiam necessidades que requeriam uma grande capacidade de influência nos locais onde os agentes e o conhecimento eram produzidos – a escola e, particularmente, a universidade, por forma a desenvolver o que Apple (Cf. 2001, p.99) designa pela produção sistemática de conhecimentos e pela monopolização do mercado, conseguidas pelo controlo de produção do conhecimento técnico, que permitia atingir o controlo dos aspectos mais significativos do conhecimento científico, através da organização e reorganização da vida da Universidade.

Este plano de estudos, apesar de elaborado sob a égide do Estado, foi apresentado e discutido com as Direcções Gerais intervenientes e empregadores e com uma consultora da OMS, o que levou o Ministério da Saúde de então a concluir (Diniz de Sousa, 1983 e Bessa, 1987) que o ensino de enfermagem em Portugal estava, à época, ao mesmo nível dos países europeus, tendo havido a recomendação para que passasse a ser efectuado a nível superior. Manifestava-se aqui uma primeira intenção de mudança?

A organização do curso obedeceu a determinados princípios gerais, preconizando-se que “(...) ao longo do curso deverão ser integrados os conceitos de saúde, pedagogia, gestão e

³⁹³Decreto Lei n.º 46448/65 de 20 de Agosto

investigação”(Ib., p.13), valorizando-se e tornando-se essencial uma nova metodologia no sentido de “(...) dar aos alunos uma formação humana, científica e técnica, cada vez mais aprofundada, com o desenvolvimento das ciências sociais e humanas, indispensáveis a todas as técnicas de saúde”(Ib., p.14).

Com esta reforma de 1965, foram introduzidas importantes alterações, de que se relevam: maior equilíbrio na formação ao longo dos três anos de duração que sempre manteve; maior concentração da atenção na disciplina de enfermagem; melhor integração das matérias teóricas e entre estas e os estágios ou práticas; melhor selecção de campos de estágio e alunos de enfermagem acompanhados de monitores. Quando este plano foi posto em prática, os enfermeiros responsáveis pela área de ensino de enfermagem logo decidiram que ao saírem os primeiros enfermeiros formados, se deveria dar início à sua revisão, burilando arestas e adequando-o cada vez melhor às reais necessidades do país e dos enfermeiros (cf. Sousa, 1983).

Com este plano de estudos, abriu-se uma nova dimensão na filosofia da formação dos enfermeiros, passando a valorizar-se o papel que estes tinham na equipa, introduzindo-se nos conteúdos, para além da disciplina de enfermagem com outro estatuto, conteúdos no âmbito da formação e da administração, bem como das ciências sociais e humanas, o que promovia na formação dos enfermeiros a capacidade de tomada de decisão, nas pequenas zonas de incerteza inerentes aos cuidados de saúde. Este foi um campo de ganhos objectivos.

A importância da intervenção na definição e desenvolvimento dos curricula de formação em enfermagem, pelos enfermeiros, começa a dar visibilidade à ênfase na produção de conhecimento técnico, que permite por sua vez constatar como as escolas ajudavam na manutenção de uma determinada diferenciação que radicava no centro da divisão social do trabalho - a diferença entre trabalho mental e trabalho manual. E quando se diz conhecimento técnico, este distancia-se do *tecnicismo*, pois associa a estas novas metodologias a reflexividade na acção, onde concepção e execução convivem como dimensões não dicotómicas. Os estudantes identificados como capazes de produzir – através do seu trabalho excedente posterior – importantes quantidades de conhecimento técnico-administrativo vão sendo progressivamente «colocados» no lado mental da dicotomia. Procurava-se também, cada vez mais “ (...) desenvolver uma actividade pedagógica apoiada numa pedagogia de aprendizagem centrada no aluno, nas suas necessidades, o que exige uma verdadeira responsabilização. Os alunos passam a ter uma forma de estar activa, dinâmica e criativa”(Sousa, 1983, p.14).

Para o fortalecimento de toda esta dinâmica contribuiu muito a EEAE, na medida em que colocando o ênfase na formação permanente e na formação formal desenvolvida na Escola

(curso complementar de enfermagem), no que respeita a professores e a enfermeiros gestores, tornou possível uma consciência cada vez maior da necessidade de intervenção para a definição do que era essencial ao ensino de enfermagem. Estava-se perante a produção de «peritos» que vinham preencher uma função ideológica importante³⁹⁴.

Do Curso de Enfermagem Complementar organizado de modo tradicional puramente por disciplinas passou-se, após uma avaliação sistemática do seu funcionamento a um curso organizado em unidades didácticas, tornando-se possível, coordenar melhor as matérias, permitir o estudo mais profundo de algumas, com menor dispêndio de tempo. As unidades didácticas, não significavam períodos estanques de ensino, mas sim fases de currículo escolar em que havia uma maior concentração de atenção dos alunos e professores num dado tema ou processo (Cf. Sousa 1983).

A importância da Escola (EEAE) ocorreu a vários níveis, mas foi na formação dos enfermeiros que iam ficando responsáveis pela condução do ensino, que as mudanças se fizeram sentir, não esquecendo as possibilidades, que a criação da mesma, forneceu a um grupo de enfermeiros se deslocarem ao estrangeiro com o objectivo da formação, bem como a vinda de enfermeiras que trabalhavam sob a égide da OMS, o que permitiu o desenvolvimento de acções concertadas no sentido do desenvolvimento do ensino de enfermagem em Portugal, por aproximação ao que se passava nos países mais avançados.

Estava-se aqui perante o que Grácio³⁹⁵ refere por teoria do capital humano, na medida em que se considera a educação como um dos factores da produtividade física do trabalhador, juntamente com as «suas qualidades naturais». A educação é entendida num sentido lato: pode ser adquirida na escola, na família ou no próprio contexto de trabalho e no conjunto da carreira do indivíduo. Sendo estes princípios subjacentes à filosofia educativa da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem.

Os professores da EEAE através do Conselho Escolar, exerceram influência na construção da nova reforma do ensino de enfermagem (aqui do currículo), na medida em que eram chamados a pronunciar-se sobre as mudanças a realizar, sendo clara a posição tomada a propósito da estrutura dos saberes em enfermagem, na perspectiva dos profissionais³⁹⁶.

³⁹⁴ Brochura. Inauguração da EEAE. Discurso da Directora da Escola. No curso (complementar de enfermagem), “(...) definido o tipo de profissional (...) todo o currículo do curso foi elaborado, (...) em duas secções, uma de ensino e outra de administração, com uma parte comum e outra diferenciada, (...) São disciplinas comuns: Psicologia, Sociologia, Saúde Mental, Princípios Gerais de Administração e Organização; princípios gerais de pedagogia; Introdução a Métodos de Investigação em enfermagem; Ética e Deontologia Profissional; Enfermagem Geral e uma disciplina de opção (...): enfermagem médico-cirúrgica; (...) Obstétrica; (...) Pediátrica; (...) Psiquiátrica e de Saúde Pública (...)”(p.10).

³⁹⁵ Grácio, Sérgio (1997). Dinâmicas da escolarização e das oportunidades individuais. Educa, p.89

³⁹⁶ Relatório sobre a análise dos projectos de reforma do ensino. Conselho Escolar da EEAE, (pp. 10-11).

De 1976 a 1987

Mesmo na perspectiva de outros que não enfermeiros, começava a clarificar-se a distinção entre ser enfermeiro e ser outro profissional da área da saúde, conseguido através do desenvolvimento da chamada escola do cuidar, de que se relevam como princípios: “uma atitude global perante o doente que ultrapassava as preocupações exclusivamente curativas; ocupar-se do conforto e do bem estar da pessoa, da sua família e dos seus vizinhos ou amigos; manter o doente nas melhores condições possíveis, o que lhe exigia uma atitude humanamente compreensiva³⁹⁷” (p.76).

De acordo com Bessa³⁹⁸, a inovação ocorreu no plano de estudos de 1976, quanto ao conteúdo: mais centrado na saúde, no indivíduo, na família e comunidade; centração dos estudos em torno das grandes áreas da enfermagem; maior e mais profunda incidência nas ciências Sociais e Humanas; iniciação à investigação, com o intuito de despertar os jovens para a sua necessidade. Quanto à forma, mantinha o desenvolvimento numa estrutura nacional de ensino de enfermagem em 5 vertentes: o desenvolvimento dos currículos; a organização e gestão do departamento de ensino superior de enfermagem; a constituição e competências das equipas docentes; os aspectos relativos aos alunos; maior contacto do aluno com a realidade social e dos serviços de saúde; pedagogia da aprendizagem em substituição da pedagogia do ensino centrado no professor e nas disciplinas; melhor integração dos conceitos de Pedagogia, Administração, Deontologia e Saúde Pública os meios humanos, intelectuais e materiais necessários, o que veio de alguma forma a ser conseguido em termos teóricos, mas não totalmente na prática dos cuidados.

É a partir do plano de estudos de 1976 que a multidisciplinaridade começa a ser uma realidade, na medida em que a disciplina de enfermagem começa a ter no currículo, um estatuto de diferenciação e autonomia em relação às demais áreas do saber, embora ainda com alguma distância da interdisciplinaridade essencial à complexidade em saúde.

A busca da transversalidade dos saberes, marca uma etapa de transição na lógica da integração de uma perspectiva do saber técnico, que se caracteriza por trazer da ciência para o quotidiano, os saberes teóricos, recontextualizando-os³⁹⁹.

Em Janeiro de 1977, iniciou-se o desenvolvimento de um novo plano de estudos, decorrente de nova reforma (livro verde), constituindo-se um marco importante no ensino de enfermagem, que coincide com a existência de um único nível de formação, pois tinha sido extinto o curso de auxiliares de enfermagem (1974) que havia sido criado em 1947.

³⁹⁷ II Congresso Nacional de Enfermagem. 1981

³⁹⁸ Bessa, Maria Aurora (1987). A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Sua importância para o desenvolvimento sanitário do país. Revista de Enfermagem, Vol.35, nº 1, Jan.-Fev, (p.33).

³⁹⁹ Amendoeira, José (2003). Fontes e uso do conhecimento em enfermagem. A cooperação como estratégia (comunicação em colóquio da transversalidade em educação).

Na opinião de Sousa (1987), este plano de estudos caracterizava-se pela idoneidade para que o ensino de enfermagem pudesse ser integrado no Sistema Educativo Nacional.

Em 1981, iniciou-se o estudo da integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, mas só em 1985, foram aprovados os princípios orientadores da referida integração, após a nomeação de um novo grupo de trabalho interministerial (em 1984, Nota III, p.71). No entanto, a integração não foi como se esperava, uma realidade a curto prazo.

No final do ano de 1986, decidiu-se iniciar a revisão curricular (quanto à forma), considerando já alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas idênticas às do ensino superior que facilitassem a Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema educativo Nacional, em que os candidatos ao curso de enfermagem, tinham de possuir o Curso Complementar dos Liceus ou equivalente, como habilitação de acesso ao curso de enfermagem geral.

De acordo com Bessa (1987) e Mendes (1992) as inovações introduzidas neste plano de estudos (quanto ao conteúdo), preconizam que a formação de enfermeiros passe a ser centrada de forma mais objectiva na saúde e nas ciências sociais, passando a valorizar-se os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e não na doença, que de acordo com Santos Carmo (1985, p.163) fazia com que o ensino se orientasse para a prestação de cuidados globais e não apenas para a execução de tarefas isoladas e sem continuidade. No que respeita ao curso de enfermagem geral, o plano de estudos adquiriu características inusitadas, num salto qualitativo capaz de lançar a enfermagem em rumos mais ousados e consentâneos com o progresso técnico-científico do mundo actual, em particular das ciências da saúde. As ciências do Homem e das Sociedades Humanas vieram dar à formação dos enfermeiros uma filosofia profissional de que muito há a esperar⁴⁰⁰.

Abria-se assim um campo de intervenção que podia diferenciar a enfermagem enquanto área do saber, pois como referia o mesmo autor, o princípio já universalmente consagrado de que a promoção da saúde e a prevenção da doença, e não a simples cura de estados patológicos, constituem os meios mais eficazes para se alcançar uma sociedade saudável, é uma constante do novo plano de estudos que sustentava um modelo de formação em **transição** para um outro mais consentâneo com as exigências da sociedade, e com a capacidade de resposta da disciplina e da profissão.

Uma questão que interessa fazer emergir, insere-se na relação entre as disciplinas de orientação profissional e o seu reconhecimento ou não pela comunidade científica, isto numa perspectiva do estatuto da disciplina, que se procurará clarificar adiante.

⁴⁰⁰ Carmo, Romeu Santos (1981). Panorâmica do ensino de enfermagem em Portugal. Comunicação proferida no II Congresso Nacional de Enfermagem, pp.161-171.

Com esta revisão do plano de estudos (1987), parece emergir uma valorização da disciplina de enfermagem, através da definição de conteúdos específicos quanto às teorias e modelos de enfermagem, pela primeira vez introduzidos de forma explícita (Nota IV, p.72).

De acordo com a introdução do plano de estudos de 1987, para o Curso de Enfermagem⁴⁰¹ tinha sido prevista a realização de avaliações anuais que introduzissem adaptações e / ou alterações necessárias ao seu bom funcionamento, apontando para uma revisão total num prazo nunca superior a cinco anos. Dessa avaliação resultou a introdução de algumas alterações pontuais, mas não se realizou a revisão curricular prevista.

Introduz-se este aspecto na análise, pela emergência do estatuto reconhecido às escolas (por inerência aos professores de enfermagem) através das sugestões e orientações dadas no âmbito das reuniões de avaliação que decorreram conforme previsto.

De acordo com Santos Carmo (Cf.1981, p.164), as escolas de enfermagem e os cursos nelas professados estavam, já há alguns anos, confiados única e exclusivamente a enfermeiros, com resultados que permitiam prever os maiores sucessos para a profissão, essencialmente no desenvolvimento de uma autonomia, no desenvolvimento de uma nova filosofia de enfermagem e da sua aprendizagem que tem vindo a desenvolver-se, com hesitações, com erros, com desvios, mas com indubitável determinação.

A esta dimensão devem associar-se os elementos resultantes da evolução na sociedade portuguesa, quer a nível técnico – científico, quer a nível político – social, que conduziu ao facto que maior impacto teve no ensino de enfermagem, e que foi a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional.

De acordo com Goodson (1997) coloca-se uma questão que é cumulativa a todas as épocas e que se relaciona com o facto de as disciplinas escolares funcionarem como arquétipos de divisão e fragmentação do conhecimento nas nossas sociedades.

Se o plano (de 1976) se caracterizou já, para além de um catálogo disciplinar de objectivos e conteúdos, mas ainda não “(...) como um meio que promovesse a negociação e a concretização da disciplina a vários níveis e por diversos intervenientes” (Goodson, p. 51), no plano de 1987, procurava-se clarificar o que se entendia por enfermagem, considerando-a como “(...) arte e como ciência que, respeitando a dignidade do indivíduo, visa a promoção, manutenção e / ou aquisição de um estado de equilíbrio físico, mental e social, em conjunto com outras disciplinas de saúde e sociais⁴⁰²”. Valorizava-se a prática de enfermagem como «espaço» que envolve conhecimentos, habilidades e atitudes relativas às

⁴⁰¹ Plano de Estudos aprovado pelo Despacho de 9.8.76 de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde.

⁴⁰² Curso de Enfermagem Geral. Plano de estudos e programas do Curso de Enfermagem Geral. Aprovado por despacho de 87.09.24, de Sua Ex^a. o Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde.

ciências básicas, médicas, sociais e de saúde pública, assim como conceitos de educação, disciplinas destas áreas fazem parte integrante deste plano de estudos.

Mas para além da dimensão conteúdos que aqui se mobiliza, a forma quanto aos participantes, adquire também uma dimensão de relevar, através da importância dada aos estudantes, aos professores, aos enfermeiros e ao cliente dos cuidados, valorizando a dignidade de cada ser humano em desenvolver o seu potencial como indivíduo e a sua capacidade de contribuir para o progresso da sociedade.

Os professores de enfermagem começavam a preocupar-se não apenas com os cuidados de enfermagem, mas também com o desenvolvimento e o aprofundamento dos fundamentos desses cuidados (Santos Carmo 1981).

A educação ao longo da vida, era reforçada como premissa para se considerar a educação como um processo contínuo, progressivo, onde se valoriza a aquisição e assimilação de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Nesta perspectiva, valoriza-se o estudante como um ser único, portador de uma cultura particular e uma variedade de experiências que o ajudarão a participar na vida escolar e na profissão de enfermagem, como profissional que, enquanto membro da equipa de saúde, planeia, executa e avalia cuidados de enfermagem que englobam a prestação de serviços ao indivíduo, como membro de uma família e de uma comunidade.

De acordo com as alterações feitas no final da década de 80, o ensino de enfermagem em Portugal, era discutido entre os enfermeiros que trabalhavam nos serviços centrais, tanto no que concerne à divisão de ensino como à divisão do exercício, mas onde sobressaíam os enfermeiros que constituíam os grupos de trabalho para as reformas.

Das principais mudanças a nível do conteúdo, relevam-se a centralidade dos conceitos de ser humano, educação, cuidados de enfermagem e papel do enfermeiro e quanto à metodologia são expressas as bases da «Escola Moderna», nomeadamente a pedagogia centrada no estudante e a defesa da autonomia pedagógica da escola⁴⁰³ (Nota V, p.72).

A integração no Ensino Superior Politécnico 1988- 2003

Conforme analisado antes, no que respeita às reformas no ensino de enfermagem, a que ocorreu a partir do Decreto Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro trouxe as maiores diferenças no que concerne à forma como o currículo de formação em enfermagem foi concebido.

O maior desafio constituiu-se no facto de ser reconhecida às escolas, e por inerência, aos professores e estudantes e demais intervenientes que as escolas entendessem mobilizar, a autonomia para a concepção, organização e desenvolvimento curricular, trazendo ao

⁴⁰³ Documento em papel não timbrado. O ensino de enfermagem em Portugal, (cf. p.4).

cenário do ensino de enfermagem em Portugal a passagem abrupta de um currículo único, para uma diversidade curricular, que terá trazido benefícios, mas para os mais cépticos trouxe também imensas desvantagens.

A existência de múltiplos planos de estudo, sugerem a análise da organização curricular de várias escolas, todas dependentes do Departamento de Ensino de Enfermagem, com o estatuto de públicas ou privadas. A elaboração do plano de estudos de 1990, obedeceu a linhas gerais emanadas pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde (Nota VI, p. 72), no sentido de evitar grande disparidade entre os planos dos cursos superiores de enfermagem sem, no entanto, obstar a que cada escola exercesse plenamente a autonomia pedagógica e científica conferidas pelo referido Decreto Lei, o que terá caracterizado uma tentativa de “controlar” o exercício desta autonomia pelas escolas. Com esta alteração foi abandonada a lógica do plano de estudos nacional, para se entrar numa lógica mais consentânea com os objectivos do ensino superior politécnico, em que a escola superior deve assumir-se como o centro de recursos da região, prestando serviços especializados à comunidade, interagindo com outras organizações, utilizando todos os meios para a difusão do conhecimento.

Dado o carácter de diversidade dos planos de estudos existente a nível nacional, analisam-se aqueles que por referência ao painel de peritos que se constituíram nos informantes chave, foram indicados. Procede-se à análise dos mesmos com base nas dimensões preconizadas e indicadores emergentes das orientações anteriormente referidas. Antes de se prosseguir com a análise, no esquema seguinte procura-se ilustrar o movimento - da participação à responsabilidade - dos enfermeiros na construção e desenvolvimento curricular tendo como referência as diferentes reformas.

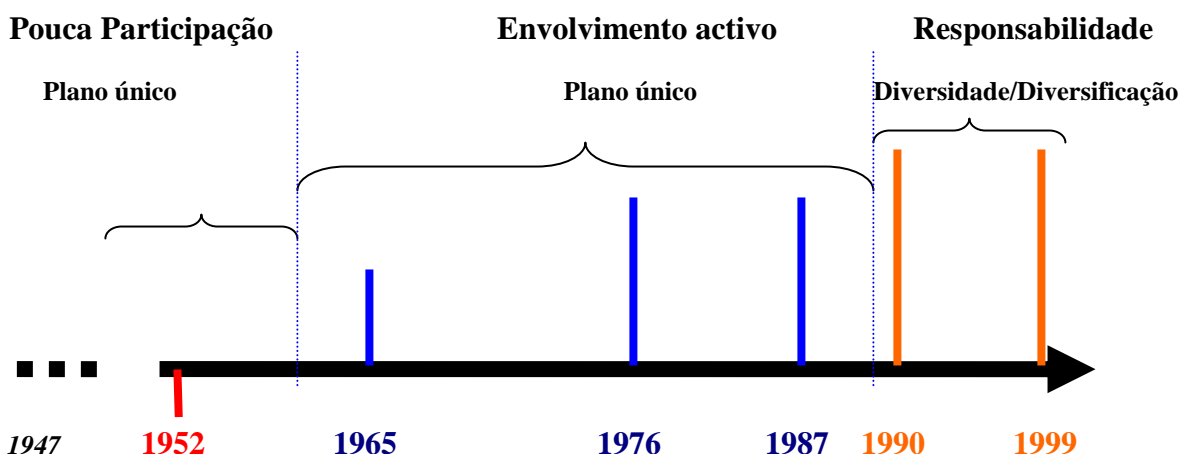


Figura nº 4 - Esquema ilustrativo do início da participação dos enfermeiros no desenvolvimento do currículo de formação em enfermagem, até à responsabilidade da concepção, organização e desenvolvimento do mesmo

Estando em movimento a integração do ensino no sistema educativo nacional (embora com grande inércia), não deixou de existir a preocupação dos enfermeiros portugueses (neste caso através do DEE) em acompanhar o que se passava no estrangeiro mais evoluído nesta temática. Em 1984 decorreu em Helsínquia um *simposium* sobre o ensino superior e universitário, organizado pelo *Bureau* regional da OMS (Nota VII, p.72-73), com a participação de um enfermeiro português.

Conforme analisado antes o plano de 1976 permitiu inflectir do plano tradicional, para uma formação mais inovadora, sendo grande o êxito desta nova estratégia depois de vencidas as naturais reservas, essencialmente porque muitos o consideravam com défice de experiências proporcionadas aos estudantes, numa lógica racional - instrumental.

A questão que se colocava nessa altura e que continua actual, era a de identificar o organizador dos curricula, na medida em que os programas continuavam a seguir uma orientação tradicional de cuidados de enfermagem centrados no hospital e no doente, não prossequindo e enfrentando aqueles que são os novos paradigmas para a intervenção da enfermagem, embora se identificassem conteúdos emergentes de outros paradigmas.

Estas eram razões objectivas que fundamentavam como condição necessária para que a formação ocorresse de forma mais eficiente a nível superior, em termos de reconhecimento académico e em termos de uma maturidade e conhecimentos de base, que permitissem uma assimilação dos princípios científicos em que se baseava o saber da enfermagem.

Aqui analisa-se essencialmente uma das vertentes, sugeridas por Bessa⁴⁰⁴, quanto ao desenvolvimento duma estrutura racional de ensino em enfermagem – *o desenvolvimento dos curricula*, considerando as variáveis: política de saúde e política económica; legislação de suporte; necessidades de saúde das populações; tendências demográficas e epidemiológicas, por forma a corresponder ao que a sociedade espera quanto ao tipo de profissional.

Outra questão importante, prende-se com a necessidade de assegurar que os outros trabalhadores da saúde reconheçam a urgência e premência da mudança e em que medida irão concorrer activamente para a sua consecução. Este é um aspecto que merecerá um maior aprofundamento quando se tratar a questão da interdisciplinaridade em saúde.

Mas voltando à questão da responsabilidade das escolas (dos professores) em elaborar os seus próprios planos curriculares e de como aconteceu este processo, tendo em consideração que em Dezembro de 1988 se deu a integração no ensino superior ao nível do subsistema de ensino politécnico, em Setembro de 1989 as escolas existentes foram convertidas em escolas superiores de enfermagem⁴⁰⁵, tendo-se iniciado um processo que nem sempre foi fácil.

⁴⁰⁴ Maria Aurora Bessa, integrou o grupo de trabalho da elaboração do plano de estudos de 1976.

⁴⁰⁵ Portaria nº 821/89, de 15 de Setembro. Publicação da Rede de Escolas Superiores de Enfermagem.

A existência do Departamento de Ensino de Enfermagem tem sido considerado nesta tese, como essencial ao desenvolvimento e consolidação da autonomia das escolas de enfermagem. É necessário enquadrar na situação política do momento o que ocorreu após a integração e a conversão das escolas em escolas superiores, na medida em que foram produzidos entendimentos diferentes, pela parte de professores e estudantes e pela parte do organismo central que supervisionava o ensino no âmbito da tutela do Ministério da Saúde. Desta situação dá-se conta através da «cronologia» dos factos que culminaram numa posição hegemónica que deixou pouco espaço autonómico às escolas superiores de enfermagem «recém-convertidas»⁴⁰⁶ (Nota VIII, pp. 73) .

Os docentes de enfermagem colocavam-se perante a dificuldade em responder a um conjunto de compromissos, em relação aos quais sempre mostraram disponibilidade para participar no processo de mudança, tendo vivido na primeira oportunidade de o fazer, a imposição de ser feito de tal forma «apressado» que não se constituiu no processo de transição pela inovação e pela mudança que todos ansiavam.

A principal questão que se coloca é a de compreender como ocorreu (se ocorreu) a mudança desejável no modelo de formação, através da ênfase na disciplina de enfermagem como organizadora de um modelo interdisciplinar que se pretendia, mais centrado numa perspectiva integradora⁴⁰⁷ e não (re)volucionária, mas em que importa compreender as razões que levaram a que os planos de estudo da responsabilidade das escolas, não diferiram muito dos que estavam anteriormente em vigor, que já incluíam disciplinas como Investigação em Enfermagem, Introdução à Estatística e à Informática, entre outras, desde as reformas de 1976 e 1987.

Ao longo da análise que tem vindo a ser produzida, tem-se identificado que as políticas de formação para os enfermeiros, ilustradas pelas sucessivas reformas curriculares que se foram implementando, tanto a nível macro (nacional) como micro (institucional), foram dando sinais de uma clara apropriação do sentido do humanismo.

⁴⁰⁶ Documento em papel não timbrado, dirigido ao Exmº Sr Ministro da Saúde, Exmº Sr Ministro da Educação e Srª Directora Geral do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, na sequência de uma reunião ocorrida a 25 de Janeiro de 1989, na Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa.

⁴⁰⁷ Meleis (1991) propõe a teoria da Integração, como uma teoria que não tem subjacente o padrão tradicional de progresso por convergência para um paradigma, o que não significa que advogue a ausência de um padrão ou de um padrão negativo. Defende antes, um padrão de progresso no qual possam ser representados as realizações de enfermagem no qual possam estar representadas as realizações de enfermagem e a sua sólida base teórica. Do referido padrão fazem ainda parte processos como a acomodação (no sentido piagetiano do termo), o refinamento (no sentido de um requinte progressivo) e a coordenação entre pensamentos, ideias e indivíduos. Esta teoria abre a possibilidade de crítica cuidadosa de tudo o que existe e do que já foi feito, bem como do que ainda falta realizar. Quando a enfermagem é analisada nestes termos, a sua aceitação enquanto disciplina parece não levantar problemas.

Costa⁴⁰⁸ refere a propósito que a enfermagem escreve a sua história na história do homem: a prática em que assenta a profissão afastou-se do discurso e modelo caritativo e moral predominante no período pré-profissional, evoluindo para um modelo vocacional e disciplinar, caracterizado pela subalternidade à medicina e pelo desenvolvimento técnico, mas centrado no homem e nas suas necessidades. A partir do século XIX, a afirmação da profissão passa pela construção do seu próprio saber, procurando-o numa articulação coerente entre os conceitos em que se baseiam as técnicas e nas técnicas que servem de referência aos conhecimentos. Disso foram e são registo as teorias e os modelos teóricos de enfermagem. Em finais de século XX, a profissão de enfermagem, profundamente confrontada consigo própria, não obstante os sucessivos reconhecimentos de que é alvo no mundo e em Portugal (Acesso às universidades; REPE, Ordem dos Enfermeiros), mostra de facto a capacidade de ir(se) (re)construindo num **modelo de transição** que nem sempre encontrou as condições externas e internas para se assumir como novo.

O ensino de enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, reflectindo este conjunto de mudanças e de ambiguidades profissionais: ora esteve centrado em modelos caritativos, ora evoluiu para aspectos mais tecnicistas e normativos, ora esteve centrado em modelos mecanicistas, ora enfatizou as ciências humanas, ora conjugou as ciências sociais e humanas, com as ciências médicas e exactas.

No sentido de suportar a análise produzida, procurou-se integrar as dimensões *conteúdo* e *forma*, na lógica definida por Apple, a partir do que se constitua como foco de análise tendo por base os curricula decorrentes de cada reforma a partir de 1952, tendo sempre como referência o curso de enfermagem geral, o curso superior de enfermagem e o curso de licenciatura em enfermagem (Nota IX, pp. 73-75).

Pela análise do quadro produzido, verifica-se a evolução ocorrida no que respeita à valorização da transdisciplinaridade numa perspectiva de transversalidade dos saberes das diferentes áreas do conhecimento, mas em que o organizador do(s) plano(s) de estudo passou a ilustrar um modo de pensar a enfermagem, de acordo com uma perspectiva que aponta cada vez mais para o desenvolvimento de uma disciplina que integra as componentes profissional e académica e onde a reflexividade na e com a acção e a investigação se assumam como componentes essenciais à formação em enfermagem. Será nesta lógica que se produzirá o cuidado de enfermagem pensado, organizado, executado e controlado pelo profissional mais competente para o fazer, em cada situação - problema.

A análise produzida, mostra que não se trata de valorizar ou desvalorizar o estatuto dos saberes das diferentes disciplinas, mas antes considerar que sendo o conhecimento,

⁴⁰⁸ Costa, Maria Arminda Mendes da (1999). Reflectindo...sobre o ensino de enfermagem! Revista Sinais Vitais, nº27.

humano⁴⁰⁹, ele não é exclusivo de nenhuma disciplina ou área do saber, passando a ser de quem o utiliza contextualizado à situação específica.

As situações de cuidar são cada vez mais complexas, na medida em que se utiliza uma orientação menos determinista, e passa a utilizar-se uma outra mais centrada na singularidade das pessoas, que apresentam diversidade de atitudes, de comportamentos face a situações aparentemente idênticas, apelando ao pensamento complexo⁴¹⁰.

Há muito que todos os intervenientes no ensino de enfermagem (estudantes, professores e enfermeiros) reclamam um novo modelo de formação, mais consentâneo com a actualidade dos cuidados de enfermagem e mais adequado ao desenvolvimento das ciências de enfermagem, valorizando e mobilizando o pensamento complexo.

O projecto desenvolvido no âmbito do DRHS, já antes referido, procurou mobilizar os diferentes actores para o desenvolvimento de mudanças ao nível das formas de «ensinar e aprender», contrariando a lógica da formação escolarizada, face a modelos que faziam parte do paradigma da educação profissionalizante que não foi alheio às escolas de enfermagem, por semelhança ao que acontecia nas escolas em geral. Recorreu-se aqui a modelos construtivistas que integram de forma sistemática saberes teóricos (abstractos) e saberes práticos (recontextualizados), a experiência, a reflexividade e a articulação de aprendizagens formais e não formais.

Nesta perspectiva, como actor formador neste movimento, considera-se que a utilização de estratégias promotoras desta segunda dimensão na quotaneidade da enfermagem, possibilitou o desenvolvimento de um trabalho conjunto, em parceria, em rede, permitindo «repensar» os modelos convencionais da formação em enfermagem, apostando na mudança das práticas profissionais, visando a inovação de modelos curriculares, onde o objecto da disciplina de enfermagem continua a ser um projecto de todos, enquanto constructo inacabado.

Uma das questões presentes nesta tese é compreender como, através dela se pode contribuir para debater este facto social.

Outra questão de grande actualidade, é a de saber qual o contexto formativo que melhor corresponde às necessidades criadas pelo estágio de desenvolvimento da Enfermagem.

⁴⁰⁹ Cf. Donaldson (1978).

⁴¹⁰ Morin, Edgar (1992). *Penser la complexité*. Paris, ESF “o princípio dialógico, permite manter a dualidade no seio da unidade. Associa dois termos que são simultaneamente complementares e antagónicos, ilustrado no domínio dos cuidados com a dualidade entre a saúde e a doença, a vida e a morte; o princípio da recursividade, caracterizado por poderem existir alterações em turbilhão, que podem ser simultaneamente produto e produtor, que se pode ilustrar como decorrente das interações entre as pessoas, bem como as interações poderem ocorrer mediante o ambiente, na lógica do acto de comunicar; o princípio hologramático, que nos diz que o todo está contido na parte e a parte está contida no todo, ilustrando para além da visão reducionista do homem, uma visão complexa de interações que caracterizam o ser individual social e cultural, para além de biológico.

De acordo com a figura 4, a integração no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior, no que concerne aos contextos, veio introduzir diferenciação na medida em que de acordo com Huisman⁴¹¹, contribuiu para o aumento da diversidade do ensino superior, essencialmente estrutural e programática⁴¹². No entanto e, de acordo com a posição teórica aqui assumida, mobiliza-se a diversidade no ensino superior enquanto existência de educação pós-secundária, de instituições e grupos de instituições num estado nação, com missões distintas e diferentes, que educam e treinam para vidas e carreiras diferentes, com estilos diferentes de instrução, organizadas e financiadas de modo diferente⁴¹³, o que se tem constituído como característica do modelo de formação em enfermagem, no panorama do ensino superior em Portugal.

A lógica de um plano único, para uma diversificação de planos de estudo não terá atingido a finalidade máxima que consistiria na diversidade como caracterizada antes, na medida em que se encontra na análise dos planos de estudo referidos, uma tendência para a reprodução do tradicional.

Ao pensar um modelo de formação, entende-se como a articulação entre conceitos (conteúdo) e linhas orientadoras para a prática (forma), tornando-se importante reflectir sobre o sugerido por Asseiro⁴¹⁴ (2003) quanto à importância da existência de um currículo mínimo comum a todas as escolas, sem prejuízo da diversificação, como dimensão essencial ao exercício das autonomias científica e pedagógica, bem como integrar as competências de natureza experiencial e conceptual, o que implica uma interdependência entre as componentes da disciplina.

Nesta perspectiva, mobiliza-se Costa⁴¹⁵, quando refere que a recente legislação, baseia-se em pressupostos que destaca: “a missão e funções dos enfermeiros, com uma tendência generalizada para o aumento do tempo da formação em enfermagem em cuidados gerais; As recomendações da União Europeia; A actividade dos enfermeiros menos circunscritos aos cuidados do foro curativo, o que aumenta a sua complexidade; A necessidade de acompanhamento do desenvolvimento científico e tecnológico; O desenvolvimento de parcerias em saúde; a necessidade de uma constante actualização; a necessidade de se tomarem decisões atempadas e eticamente adequadas; A avaliação do curso de bacharelato

⁴¹¹ Cf. Huisman, J. (1995). Differentiation, diversity and dependency in higher education, Utrecht, Lemma, p.16-17

⁴¹² cf. Birnbaum, R. (1983). Maintaining diversity in Higher education. San Francisco, Jossey –Bass “estrutural refere-se a diferenças institucionais que existem por razões históricas ou de fundação legal das instituições, (...). Programática, refere-se a diferenças nos cursos e serviços oferecidos pelas instituições do sistema do ensino superior”.

⁴¹³ cf. Trow, M. (1996). Comparative reflections on diversity in British Higher Education, in: Higher education in the 1990-A special digest report of the quality support centre. Milton Keynes, the Open University Press.

⁴¹⁴ Asseiro, Maria de Lurdes (2003). Formação em enfermagem: controvérsias e desafios. 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros

⁴¹⁵ Costa, Maria Arminda Mendes (1999). Reflectindo...sobre o ensino de enfermagem! Revista Sinais Vitais, p.11

em enfermagem como insuficiente para as exigências actuais da prática profissional; Necessidade de centrar o ensino na investigação em enfermagem e em saúde e a internacionalização dos fenómenos da saúde”.

Abel Paiva (2003)⁴¹⁶ acerca do percurso evolutivo da profissão, de um exercício profissional caracterizado essencialmente pela dimensão execução para uma lógica progressivamente mais conceptual, refere que os enfermeiros são conhecedores do valor do seu contributo para a qualidade fornecida pelos serviços de saúde às populações. Mas será que quem decide também conhece esse real valor? (...) Este não é mais auto evidente, pelo que deve ser demonstrado, por forma poder ser tomado em conta aquando dos processos políticos para a tomada de decisão (Cf. p.23). De acordo com a mesma fonte, os esforços que a enfermagem tem desenvolvido para se integrar no seio das disciplinas do conhecimento, adquirem na actualidade um novo ênfase que passa pela construção de uma linguagem comum, que possa ser universalmente observada, a partir da classificação dos Fenómenos de Enfermagem⁴¹⁷, onde se alicerçam os Diagnósticos de Enfermagem (DE)⁴¹⁸ que suportam a Prescrição das Intervenções de Enfermagem, como conjunto de acções realizadas, em cada caso concreto, em resposta a um DE, tendo em vista produzir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Uma das conclusões emergentes do estudo desenvolvido pelo autor citado, resulta do desenvolvimento de modelos de cuidados mais próximos do Cuidar centrado na pessoa, a partir do processo de mudança baseado na reflexão sobre a acção, estratégia que se tem identificado como essencial nesta tese.

⁴¹⁶ Paiva, Abel (2003). Sistemas de informação em Enfermagem. Uma teoria explicativa da mudança. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Não publicado

⁴¹⁷ Aspecto da saúde relevante para a prática de enfermagem (International Council of Nursing, 1999).

⁴¹⁸ A partir do juízo diagnóstico do fenómeno de enfermagem e que permite prescrever a intervenção de Enfermagem.

CAPÍTULO 2 – A HETEROGENEIDADE DOS CURSOS. O PLANO ÚNICO E A AUSÊNCIA DE UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO

Na segunda metade do século XX, o ensino de enfermagem foi alvo de muitas mudanças, tendentes a reorganizar o esquema de formação por forma a dar-lhe consistência e capacidade para responder às necessidades, que eram cada vez de maior exigência em relação aos profissionais que entravam no mercado de trabalho.

A tutela do ensino de enfermagem coube a diferentes áreas do Estado neste período evolutivo, considerando-se interessante analisar a evolução relacionada com a capacidade real da identificação das necessidades, numa perspectiva de definição de uma política.

Ao analisar uma primeira etapa em que o ensino de enfermagem estava sob a tutela do Ministério do Interior e neste, directamente sob a fiscalização da Inspeção da Assistência Social, verifica-se a existência de uma heterogeneidade de formas de se tornar enfermeiro / auxiliar de enfermagem, tendo essencialmente em consideração o acesso, a duração, o espaço de formação e o diploma ou certificação do curso frequentado.

Estas são as dimensões mobilizadas para analisar a situação a partir de 1958, altura em que é criado o Ministério da Saúde, procurando perceber em que medida esta nova estrutura terá influenciado as condições de formação dos enfermeiros, até à actualidade.

A análise desta problemática, faz-se em torno da existência ou não de políticas claras no que concerne ao ensino de enfermagem.

No quadro 1 em Nota I (pp. 76-79), sistematiza-se a heterogeneidade de cursos existentes ao longo deste período em análise, por considerar-se importante tê-la como ponto de partida para a proposta de análise.

Já foi referido, em 1947 a ênfase reformista situou-se a nível do exercício, na medida em que se considerava serem as condições do mesmo deploráveis. A heterogeneidade de cursos ao longo do período em estudo começa a ser de alguma forma organizado a partir da década de 70, quando ocorrem os factos: passa a existir um plano único na formação base (curso de enfermagem geral - o plano de estudos de 1976), elaborado e desenvolvido com uma maior participação de todos os intervenientes, operacionalizada através de reuniões conjuntas entre as escolas e o Departamento de Ensino de Enfermagem entretanto criado e, elementos do grupo que o elaborou; a extinção do curso de auxiliar de enfermagem e existindo desde 1973 os primeiros cursos de especialização; bem como o curso de enfermagem complementar, nos moldes em que funcionava desde 1967.

A questão que se coloca é saber de que modo esta heterogeneidade dificultou ou não a construção da disciplina de enfermagem.

Tabela nº 3 – Cursos existentes na década de 50⁴¹⁹

Curso	Duração	Finalidade
Pré - Enfermagem	2 anos	Preparar os candidatos à admissão ao curso de enfermagem geral.
Auxiliares de Enfermagem	2 anos	Ministrar conhecimentos essencialmente práticos
Enfermagem Geral	3 anos	Habilitava para a profissão de enfermeiro
De Aperfeiçoamento ou Complementar	1 ano	Formação de enfermeiros chefes e monitores

Nota: existiam ainda outros cursos, como os cursos de enfermagem especializada habilitavam para o exercício das especialidades a que respeitam e em relação aos profissionais, O curso de administração hospitalar destinava-se a ministrar aos alunos, conhecimentos sobre organização, administração e funcionamento dos hospitais, e tinha a duração de um ano”.

O papel do Estado era de facto, nesta matéria, o de controle⁴²⁰ sendo que, e em relação ao ensino de enfermagem, pode verificar-se em todos os regulamentos da época que diziam respeito às escolas, a definição do que deviam ser os diferentes cursos a serem professados e a dependência estreita que as mesmas tinham em relação à tutela⁴²¹.

Existia a noção clara de que era necessário reorganizar o ensino, sendo entendido que para o estudo do desenvolvimento do currículo, as relações externas, relações entre os grupos e entre os grupos e os indivíduos interessados, que vão influenciando a construção e reconstrução do currículo, constituem um nível que deve ser considerado (Goodson, 1991). Prolongava-se nesta perspectiva a participação dos médicos, que não deixavam de fazer ouvir os seus comentários e, através deles, participar na definição do currículo (Soares, 1997).

⁴¹⁹ Regulamento da Escola Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

⁴²⁰ Numa fase inicial do período em estudo modo de relacionamento do estado com as instituições era como vimos de controle, tendo evoluído para um modelo de supervisão, maior ou menor grau de autonomia das instituições, não significando por isso a ausência de regulação. A autonomia em processo de construção, não significa independência, fazendo com que mesmo no caso das instituições de ensino “superior” dotadas de autonomia tem de haver regulação do sistema.

⁴²¹ Regulamento da Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria. “(...) nesta escola podem ser professados todos os cursos que a lei declare próprios das escolas de enfermagem. (...) os regulamentos, planos de estudo e programas de cada curso devem ser elaborados, tendo em atenção o fim a que se destinam e a orientação pedagógica que a escola decida imprimir-lhes. (...) as disciplinas a ensinar nos vários cursos da escola e os tempos lectivos semanais, serão fixados pelo Ministro do Interior, através de Inspeções da Assistência Social” (p.16).

Na década de 60⁴²² e tendo em vista a preparação da reforma que ocorreu entretanto em 1964 manteve-se esta heterogeneidade, deixando apenas de existir o curso de pré-enfermagem (Nota IV, p.80).

O resultado mostra de alguma forma a intervenção dos enfermeiros com capacidade para avaliar a situação do ensino à época, de onde emergia uma perfeita falta de integração entre o ensino ministrado no período teórico e o período de estágios, que apesar de obrigatórios, eram muitas vezes substituídos pelo trabalho que o aluno executava como enfermeiro, sem qualquer orientação, e até sem qualquer relação com o curso, situação explorada no capítulo dedicado à construção curricular e a que se voltará a fazer referência aquando do capítulo sobre os estudantes .

A questão que se coloca nesta década é compreender como é que apesar de existir um plano único (desde a reforma de 1947, embora existissem diferentes níveis de formação para dois níveis de prestação) começou a existir alguma participação dos enfermeiros na definição da formação de enfermeiros e se o faziam no âmbito da definição da política formativa.

Neste processo de reflexão entende-se por «política» citado de Schmitter por Rogeiro (2002) “(...) (como) a forma de acção social traduzida num conflito graduado entre actores humanos, individuais ou grupais, para a determinação, mais ou menos sujeita a meios de coacção, indução, persuasão, treino, pressão difusa ou outros, de padrões de comportamento colectivos, dentro de um quadro normal de reconhecimento recíproco dos actores, que pode, por vezes, adquirir situações extremas de dano ou supressão de um ou mais agentes conflituantes”(p.87).

E nesta medida, poderá afirmar-se que terá existido um “agir político, como exercício contínuo da dominação de um ou de alguns homens sobre outros homens, exigindo um agir económico, quer dizer, a posse ou disposição dos meios necessários para a satisfação das necessidades” (Aron, 1994, p.527)⁴²³, embora os enfermeiros não tivessem participação activa na definição da mesma.

Do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência, de que existem registos do início da década de 60, como de grande actividade no que respeita ao ensino e ao exercício da enfermagem, verifica-se que, participavam as mais altas entidades (no âmbito da decisão política) na área da saúde e assistência à altura⁴²⁴, bem como representantes de enfermeiros, embora não seja muito visível e objectiva a participação destes últimos⁴²⁵, isto se se

⁴²² Documento pessoal de Mariana Diniz de Sousa, confidencial até Dezembro de 1964 e disponível a partir de Maio de 1965. Revisão do Ensino de Enfermagem.

⁴²³ Aron, Raymond (1994). As etapas do Pensamento sociológico (Max Weber), p.527

⁴²⁴ Actas a que tivemos acesso – Sr. Ministro; Sr. Director Geral da Saúde; Director Geral da Assistência; Dr. Castro Soares; Dr. Rocha Santos; Dr. António Pignatelli e Dr. Carlos Migueis Carvalho Dias. É feita também referência à presença dos especialmente convocados – representantes dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem. In: Projecto de Acta nº 59, Sessão realizada no dia 16 de Fevereiro de 1960.

⁴²⁵ Documento referenciado na nota anterior (401) “...O Sr. Dr. Dinis da Fonseca, na qualidade de secretário da Comissão que elaborou os projectos de diploma em causa, disse por quem tinha sido constituída a referida

considerar que sendo a política o conjunto de comportamentos humanos que incluem a dominação do homem pelo homem (Aron, p.527), se estaria nesta situação perante um dos tipos de dominação propostos por Weber – a dominação racional, assente na crença da legalidade das prescrições bem como na legalidade dos títulos dos que exercem a dominação, o que pode ilustrar a existência de uma política de formação de enfermeiros, que era essencialmente de ordem económica e não de ordem política pura.

De uma forma geral e no que respeita ao funcionamento dos cursos, pode também verificar-se que, no que concerne ao ano escolar era recomendado que fosse seguido o adoptado pelos estabelecimentos de ensino técnico (à altura procurava-se que a integração do ensino de enfermagem ocorresse no Ministério da Educação mas ao nível do ensino técnico), mas onde era visível a importância atribuída pelas enfermeiras que participavam nestas reuniões⁴²⁶, ao trabalho como aprendizagem dos alunos defendendo a importância de, tanto os do curso auxiliar como os do curso geral, realizarem um estágio durante o mês de férias grandes, vendo-se assim os alunos discriminados em relação aos demais, no que toca ao período escolar.

Um outro dado que ilustrava a existência de uma política estruturada mas não integradora (definida pelos enfermeiros) do que deveria ser o ensino de enfermagem, emerge como aspecto essencial dos trabalhos da Comissão de que se tem vindo a falar, e que era a inexistência de um órgão coordenador que integrasse as diferentes áreas de actuação e formação (Nota III, p.79). Esta dificuldade permanente de alguma integração no que concerne às questões que têm a ver com a condução da enfermagem, é referido pelo Dr. Bernardino Pinho (no mesmo âmbito), ilustrando a defesa da hegemonia do Estado e a manutenção do poder social da definição da formação de enfermeiros, pelos médicos na medida em que a enfermagem continua a exercer na dependência da medicina. Apesar do papel que os Sindicatos desempenhavam nos assuntos das profissões médicas e paramédicas (no estrangeiro), a acção do Estado, passava a ser executada através de um serviço único a criar no âmbito da Direcção Geral de Saúde, o que vem validar a existência de uma “...política como doutrina do estado, e em que este é essencialmente a organização normativa, no sentido jurídico, da sociedade humana fixa territorialmente, sedimentada pela cultura comum num povo / nação”(Rogero, 2002, p.63).

Também no que concerne aos cursos de especialização, interessa introduzir alguma clarificação, pois era também grande a diversificação no âmbito das especialidades, tanto para auxiliares de enfermagem como para enfermeiros.

comissão, qual a incumbência que lhe havia sido cometida, como tinham decorrido os trabalhos e como foram elaborados os diplomas agora submetidos À apreciação do Conselho. Note-se que esta Comissão, da presidência do Sr. Dr. Agostinho Pires, partiu dos trabalhos já efectuados por uma outra Comissão, a que presidiu a Sr^a. D. Maria da Graça Simeão.”(p.12)

⁴²⁶ D. Emília Maria Costa Macedo e D. Maria da Cruz Repenico

Podia encontrar-se a referência aos cursos de enfermagem especializada, distinguindo-os em “curso elementar, para auxiliares e curso complementar para enfermeiras⁴²⁷” (Nota IV, p.80).

As propostas que tinham sido apresentadas nem todas eram consideradas como pertinentes ou possíveis de realizar (Nota V, p.80).

Os enfermeiros representantes dos Sindicatos Nacionais dos Profissionais de Enfermagem, propunham nesta data que fosse clarificado o conceito de enfermagem “como uma profissão paramédica que se rege por princípios e métodos próprios, na organização de serviços, no ensino e no auxílio a prestar aos indivíduos para conservar, recuperar e manter um bom nível de saúde⁴²⁸”, conceito que ilustrava um certo vazio de especificidade de conteúdo.

Não eram só os enfermeiros que defendiam a necessidade de uma enfermagem melhor preparada, embora os argumentos se situassem ainda no que a fazia depender de outras áreas da saúde – essencialmente a medicina. Cristiano Nina⁴²⁹ explicita as premissas do que concebia vir a ser a Enfermagem, de que se destacam “(...)I- Sem enfermagem tecnicamente competente é utópico pensar na efectivação de planos actualizados de assistência médica ou de saúde pública. II – Jamais haverá aumento da atracção para a carreira de enfermagem enquanto não for dignificada a profissão e concedida superiormente a sua auto-determinação. III- A prorrogação do inevitável expediente de recorrer a pessoal auxiliar de enfermagem transformou-se num pernicioso obstáculo à actualização do nível da enfermagem portuguesa”.

Nesta análise vislumbra-se uma postura que pretendia influenciar a definição de uma política educativa (em relação com a dimensão económica da mesma) tendente a melhorar o nível de formação das enfermeiras, na medida em que se questionava o facto dos cuidados hospitalares e no domicílio serem feitos por auxiliares de enfermagem, não possuindo preparação para tal. Ficavam então para determinar os prejuízos materiais e sociais provocados pelo desnivelamento de funções e que se repercutiam na desvalorização da enfermagem no consenso público e o progressivo descrédito da profissão.

Estas intervenções são aqui valorizadas, na medida em que ilustram as dificuldades e os problemas que emergiam da referida heterogeneidade, agravado pela marginalidade do ensino em relação ao sistema educativo.

No início da década de 70, foi desenvolvido trabalho no sentido de melhorar a formação em relação com o exercício, considerando neste, a representatividade das diferentes áreas de

⁴²⁷ Ib. p.81-82

⁴²⁸ p.16 do ofício – circular nº 40 parte integrante da documentação do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde.

⁴²⁹ Posição sobre Enfermagem, por Cristiano Nina, anexo à acta nº 61-Projecto de acta nº 61, Sessão realizada no dia 8 de Março de 1960, (p.1).

actuação, pela definição de “um recrutamento mais eficiente em número e o ensino mais concentrado e rápido, sem quebra do nível de preparação profissional”(p.2).

Recorde-se que existiam ainda dois níveis de formação base (auxiliar de enfermagem e enfermeiro), iniciando-se um movimento que se desenvolvia a partir de determinadas aspirações dos auxiliares, concretizadas sob a forma de aspiração à promoção profissional, aceite na generalidade, mas sem chegar a acordo na especificidade⁴³⁰, constando ainda do mesmo relatório a posição do grupo quanto aos níveis de preparação de enfermagem, referidos em nota VII (p. 81), fundamentando a mesma com razões de ordem social, educacional, económica, profissional e internacional.

O Relatório conclui, relativamente à matéria em análise neste capítulo, que “(...) dada a situação do país, julgamos indispensáveis dois níveis de enfermagem”, o que se veio a verificar na reforma efectiva, com a manutenção da heterogeneidade de cursos.

A leitura analítica desta questão necessita ser integrada com as questões já antes analisadas, referentes às mudanças paradigmáticas na saúde e ao desenvolvimento do ensino superior de curta duração, que vieram introduzir novas dinâmicas decorrentes do reconhecimento do papel social dos enfermeiros, visível através de uma cada vez maior participação destes na definição da política de formação de enfermeiros em Portugal.

De acordo com Grácio⁴³¹ “As iniciativas governamentais da primeira metade dos anos 70, como a expansão da rede pública liceal, a criação de Universidades novas com localizações geográficas diferentes das habituais e, também a criação das primeiras unidades do ensino politécnico, configuram agora um modelo de expansão escolar que podemos designar de adesão tendencial à procura”, o que parece encontrar algumas semelhanças com o que ocorreu na enfermagem, no que concerne ao alargamento da rede de escolas e o aumento da procura de candidatos, embora não de forma regular.

A questão que se coloca prende-se com o facto de, por um lado existir ainda um elevado controle do Estado no que concerne à inibição da integração do ensino no Sistema Educativo Nacional, com a principal consequência negativa a nível da procura que só veio a aumentar quando em conjunto com as maiores exigências a nível das habilitações de acesso, se começou a preparar a integração efectiva no sistema ao nível do ensino superior politécnico.

Para esta evolução contribuiu também, e muito, a revolução ocorrida em Abril de 1974, apoiando a nossa análise no referido por Grácio “ o projecto de reforma do sistema educativo de 1973, prevendo 8 anos de escolaridade obrigatória num tronco unificado e, a

⁴³⁰ Em despacho datado de 4 de Maio de 1970, foi constituído o grupo para estudar o esquema do ensino de enfermagem, Nota VI, p.80-81.

⁴³¹ Grácio, Sérgio (1998). Ensino técnico e indústria. Uma perspectiva de sociologia histórica, In: Proença, Maria Cândida (coord.) (1998). O Sistema de ensino em Portugal. Séculos XIX e XX. Lisboa. Edições Colibri

inserção do ensino profissional a partir do 11º ano, confirma a nova orientação, que se prolongará essencialmente após o 25 de Abril de 1974” (Ib.p.83), em que quanto à exigência do 11º ano para a admissão aos cursos de ensino superior, passou também a ser valorizada a partir do plano de estudos de 1976, e como exigência a partir de 1979.

A partir da uniformização da formação inicial num único nível, com a formação especializada a ser organizada a partir de cursos que procuravam constituir-se num conjunto coerente com a referida formação inicial e o nível de enfermagem complementar, assumindo claramente a diferenciação em termos de preparação para a área da gestão e do ensino de enfermagem, passou-se de uma lógica da heterogeneidade para uma lógica da diversidade, associada à passagem do sistema de ensino superior enquanto sistema de elite para sistema de massas, com a criação de novas oportunidades com o ensino superior de curta duração, mais tarde politécnico, onde o ensino de enfermagem passou ainda na década de 70, dez anos antes da integração, a oferecer diversidade, na medida em que permitia: responder às necessidades dos alunos; ao aumento da mobilidade social; uma melhor resposta às necessidades do mercado de trabalho (que estavam em mudança); responder às necessidades dos enfermeiros enquanto grupo específico na diversidade (Cf. Birnbaum).

Na década de 90 após a integração no ensino superior e no que diz respeito aos planos de estudo, transita-se para uma lógica da diversificação curricular, a partir da autonomia das escolas superiores de enfermagem para a elaboração dos planos de estudo, onde ocorreram:

- 1990, Curso de Bacharelato e em continuidade os Cursos de Especialização em enfermagem, até 1994 ano em que são criados os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, com equivalência ao grau académico de licenciado.

- 1999, Curso de Licenciatura em enfermagem, a que se seguem os Cursos de Pós-Licenciatura em Enfermagem, ainda com fraco desenvolvimento no cenário actual.

Na Nota VIII (pp. 81-82), encontra-se um quadro com a sinopse relativa às dimensões de análise dos diferentes planos de estudo, no que concerne à formação inicial – Curso de Enfermagem Geral, bacharelato e licenciatura e, na tabela 4, uma ilustração da transição da heterogeneidade no plano único para a diversificação de planos de estudo.

Tabela nº 4 – Da Heterogeneidade de cursos em 1952 à diversificação de planos de estudo em 1999

Heterogeneidade de cursos até Reforma de 1976	Reformas de 1976 até 1990	Diversificação a partir de 1990
Complementar de Enfermagem	Complementar CPAEE e CASE	Doutoramento em Enfermagem (2001)
Geral de Enfermagem (base e especializado)	Cursos de Especialização	Mestrado em Ciências de Enfermagem (1992)
Curso de Psiquiatria (Auxiliar e Geral)	Curso de Enfermagem Geral	CPAEE (1993) e CASE até 1994
Curso de Partejas (Auxiliar e Geral)		Cursos de Especialização e CESEs
Auxiliar de Enfermagem (base e especializado)		Curso de Licenciatura a partir de 1999
Pré-Enfermagem		Curso de Bacharelato entre 1989 e 1999

Legenda: CPAEE, Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem; CASE, Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem; CESEE, Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem

A diversidade e a diversificação inerente ao Ensino Superior, no que concerne à organização e desenvolvimento curricular, assume especial importância a nuclearidade do modelo de formação através da clarificação a partir de uma disciplina de enfermagem capaz de intervir e ser reconhecida na transdisciplinaridade inerente ao século XXI, essencialmente pela identificação da fonte e do uso dos saberes na acção quotidiana, o que se perspectiva possível a partir da investigação pura em enfermagem, como ajuda à sua construção, a partir dos diferentes tipos de saberes.

CAPÍTULO 2.1 - OS SABERES TEÓRICOS E PRÁTICOS COMO ORGANIZADORES DOS CURRÍCULA DE ENSINO DE ENFERMEIROS

O conhecimento que os enfermeiros usam na acção de cuidar assume-se na actualidade de forma diferenciada do que acontecia ao início do período em estudo, na medida em que o pessoal de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) aprendia a execução de cuidados delegados, sem a necessidade de fundamentação sobre o que e como fazia, o que lhes atribuía um estatuto de «auxiliar do médico», naquele que era o papel técnico e moral da acção quotidiana.

Na década de 50, a situação a nível internacional não era muito diferente, pelo que a investigação começava a centralizar-se (essencialmente nos Estados Unidos da América) nas seguintes questões: O que é a enfermagem ? O que é o cuidado de enfermagem?

Estas questões são pertinentes na medida em que apesar de se falar sempre em cuidados de enfermagem, estes surgiam com frequência em função do acto médico, o qual se organiza em torno de tecnologias de investigação e reparação das doenças.

Os objectivos de Nightingale não foram continuados, no “ sentido “ de diferenciar o foco e os objectivos da enfermagem em relação à medicina. Isto porque o domínio médico na prática, melhor desenvolvido e mais poderoso, substituiu o que começava a ser domínio da prática de enfermagem (saúde; higiene; ambiente e cuidar).

O enfermeiro começa assim a desenvolver algum prestígio que lhe é "emprestado" pelo conhecimento científico mas apenas e só na área do saber fazer (início das «técnicas de enfermagem», na sequência do que era necessário ao pessoal de enfermagem saber para actuar nas diferentes situações de doença médica e cirúrgica), na medida em que este é útil para a eficácia do desempenho do papel do enfermeiro na divisão do trabalho hospitalar.

No início desta década, assumia-se que o prestígio do ensino de enfermagem em Portugal, decorreria da integração no Ministério da Educação Nacional, ao nível do ensino técnico, na medida em que valorizava a preparação das enfermeiras numa lógica de modelo profissionalizante⁴³² em situações reais, em contacto com os próprios assistidos. Era no decurso da prática que uma rapariga se tornava uma enfermeira competente. As aulas teóricas e as técnicas e sua execução em classe têm importância, mas o factor principal de formação está na experiência clínica. Era mesmo apontada a orientação de que a prática devia exercer-se nos quatro campos primordiais: Medicina, Cirurgia (compreendendo a sala de operação), Obstetrícia e Pediatria e, ainda nos restantes campos: Psiquiatria, Tuberculose, Doenças Infecto-Contagiosas, «Saúde Pública», Dispensários e Serviço de urgências.

Esta proximidade da aprendizagem na prática, foi suportada durante um período, nas designadas «enfermarias – escola», na medida em que se valorizava a informação científica e as técnicas apropriadas, através da formação cuidada para as responsabilidades exigidas pela função social da profissão⁴³³. O que deixa antever uma valorização da componente profissional da enfermagem.

Este questionamento é de grande importância para a compreensão da forma como os saberes são mobilizados pelos enfermeiros, e de como se vêm constituindo nos saberes da

⁴³²Relatório elaborado sobre a situação da enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social, (p.90).

⁴³³Documento em papel timbrado do Ministério do Interior – Inspecção da Assistência Social – Situação do ensino – Enfermarias Escola, (p.3).

enfermagem, se se considerar a perspectiva de que esta emergiu como uma especialidade da medicina, da qual se pretende autonomizar.

Em 1965⁴³⁴ identificava-se que os planos de estudo e programas estavam desactualizados bem como os métodos de ensino. O ensino de enfermagem, tal como se encontrava, não acompanha o progresso das ciências médicas e paramédicas que nos últimos anos se têm desenvolvido muitíssimo, pelo que necessita ser valorizado com a introdução de mais conteúdos de enfermagem em detrimento da ênfase na patologia, que deve estar limitada aos aspectos essenciais, continuando a atribuir-se muita importância ao modelo de formação de orientação biomédico, na medida em que “(...) o ensino tem sido dirigido quase exclusivamente para o doente hospitalizado” (p.30).

Estava-se, no entanto, ainda na presença de dois níveis de formação, sendo questionado o risco de se procurar melhorar o nível de aprendizagem que os auxiliares de enfermagem alcançavam, na medida em que se desvirtuavam os objectivos da formação a esse nível e por outro lado não existia da parte dos alunos a preparação suficiente (em média) para integrar conhecimentos abstractos mais profundos (Nota I, pp-82-83).

Mas que conteúdos eram então valorizados? O nível era o dos saberes tácitos, onde se privilegiavam as relações básicas com as pessoas e a natureza, sendo que a ênfase era na higiene, anatomia, patologia e terapêutica, em que a matéria dada informativamente, era decorada, depois escrita no exame, sem que daí adviesse qualquer benefício para o profissional, pois seria esquecido dentro de pouco tempo. Demonstrava a inexistência de uma coordenação entre a teoria e a prática, inibindo desta forma a construção do campo disciplinar essencial à autonomia na acção.

Para esta evolução contribuiu muito a influência do exterior, proveniente dos contactos internacionais que as enfermeiras iam desenvolvendo, mobilizando aquelas que eram as orientações de diversas proveniências⁴³⁵. A importância destas orientações ocorria, na medida em que começava de facto a delinear-se uma capacidade dos enfermeiros construírem os seus próprios curricula, a partir daqueles que eram os saberes práticos, embora mobilizando reflexivamente os saberes da ciência disponíveis, procurando recontextualizá-los nas diferentes situações de cuidados.

Por outro lado, atribuía-se cada vez mais à enfermagem um estatuto de polivalência, na medida em que se distinguia entre enfermagem de doentes e enfermagem de sãos, o que indicava a necessidade de enfermeiras simultaneamente educadoras da função curativa e da

⁴³⁴ Relatório que faz o ponto de situação - revisão do ensino de enfermagem – 65,(p.8).

⁴³⁵ Ib., nota anterior “(...) num guia preparado para as escolas de enfermagem latino-americanas por um grupo de enfermeiras directoras de escolas e chefes de serviço, (...) considerado internacionalmente um dos melhores documentos sobre o ensino de enfermagem, afirma-se que as tendências dos actuais programas de saúde requerem enfermagem intelectual e tecnicamente competente para satisfazer as necessidades de enfermagem do indivíduo, da sua família e da comunidade e para actuar nos campos de administração e do ensino”(p.13).

função preventiva, postura que permitia colocar em discussão, a perspectiva teórica que a enfermagem já não era uma enfermagem curativa, nem uma enfermagem preventiva, nem uma enfermagem de especialidades por referência aos contextos, mas que começava a construir-se um conceito novo de enfermagem integrado, capaz de acorrer a todas as necessidades básicas do homem, no campo da saúde e da doença, e que o ajude a realizar funções que em condições normais ele próprio realizaria sem ajuda de qualquer tipo.

Já nesta década se enunciavam alguns princípios humanistas do cuidar⁴³⁶, emergindo de uma orientação religiosa da visão do homem, sugerindo uma orientação biomédica, reducionista, numa relação dual entre o corpo e a mente, que evoluía duma tendência de centralidade na doença, para uma centralidade na protecção da saúde, (cf. Nunes, 2003). Existia, no entanto, a convicção decorrente da reforma de 1965 que “a disciplina de enfermagem passava a ser o centro da formação dos enfermeiros, sem prejuízo da colaboração de outros técnicos e outras matérias indispensáveis para suporte de aprendizagem da própria enfermagem⁴³⁷” (p.13).

Era cada vez mais evidente que o «significado» - dos saberes (técnicos) transformados no e pelo trabalho, construía-se pela emergência da prática como campo de aplicação dos saberes explícitos e humanísticos. Os saberes explícitos, na construção dos saberes em enfermagem adquirem uma grande importância na medida em que são «mediadores» da relação do homem com o seu mundo, adquirindo visibilidade a utilização de instrumentos que permitem a compreensão da condição humana, fornecendo um quadro geral de interpretação no contexto do qual as pessoas e as situações adquirem um significado concreto (Cf., Amendoeira, 2003).

É por isto que se atribui à década de 60 um contributo elevado no questionamento do que a enfermagem fazia e que projecção era feita para o futuro.

A partir da adopção pelo Conselho Internacional das enfermeiras, em 1960, da definição de cuidados de enfermagem proposta por Virgínia Henderson “(...)os cuidados de enfermagem constituem a função essencial e original da enfermeira – assistir ao indivíduo, doente ou saudável, na realização dos actos que contribuem para manter ou restaurar a saúde (ou uma morte em paz) e que o próprio realizaria se tivesse suficiente força, vontade ou conhecimento. Estes cuidados são prestados de forma a ajudá-lo a recuperar a independência tão cedo quanto possível”⁴³⁸, consubstanciava a influência americana, através da Escola Técnica de Enfermeiras a partir da década de 40 do século passado, bem

⁴³⁶ Documento em papel não timbrado, consistindo em nótulas de relatório por um professor da Escola de Enfermagem S. João de Deus de Évora, respeitante à disciplina de religião e moral (1965).

⁴³⁷ Comunicação proferida por Diniz de Sousa em 03 /01 / 83 na Escola de Enfermagem de S. João do Porto, (p.13).

⁴³⁸ Comunicação escrita da Enfermeira Louise da Cunha Telles. Barreiras ao Ensino Superior de Enfermagem. Seminário: A mulher e o ensino superior, a investigação científica e as novas tecnologias em Portugal, (p.1).

como a formação desenvolvida por enfermeiras portuguesas que vieram a ocupar lugares de influência, o que colocava a enfermagem portuguesa ao nível dos saberes abstractos muito próximos do que era de facto produzido nos Estados Unidos da América, constituindo-se no entanto como constrangimento a importação pura e simples dos conceitos sem a reflexão e a investigação necessária à adequação ao contexto de cuidados em Portugal, não existindo aparentemente uma preocupação com a dimensão aprendizagem, no modelo de formação em uso (Nota II, p.83).

Identificava-se uma deficiente integração dos conhecimentos, relevando-se como dificuldades, o ensino ocorrer por disciplina isoladamente, o que prejudicava a aprendizagem dos alunos, com dificuldade em mobilizar os conteúdos quando se encontravam em situações práticas⁴³⁹.

Neste domínio teve um papel importante a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem como analisado anteriormente, mas de que se releva a valorização dada à sistematização dos saberes pela mobilização de instrumentos (modelos teóricos e plano de cuidados de enfermagem) que permitiam aos enfermeiros aprender a contextualizar os saberes abstractos às realidades de cuidar, reflectindo as práticas a partir dos conceitos básicos que se organizavam em torno do Metaparadigma: Pessoa, Saúde, Cuidados de Enfermagem e Ambiente⁴⁴⁰.

Emergia, no entanto, a capacidade de discutir diferentes pontos de vista como sinal de que os enfermeiros se encontravam na identificação do caminho que as diferentes «encruzilhadas teóricas» lhes apresentavam. No Congresso de Enfermagem de 1973⁴⁴¹ discutia-se a dicotomia entre a enfermagem desenvolver-se como ciência ou manter-se como actividade dependente da medicina, o que levava o grupo profissional dos enfermeiros a ficarem divididos entre uma e outra. O que situava a dicotomia não só na «disciplina», mas também e essencialmente na «profissão», constituindo-se este facto na compreensão da dialéctica entre as mesmas.

Nesta época, os cuidados de enfermagem *eram* definidos como uma função, uma das funções da equipa de saúde, considerando-se a enfermagem como um processo interpessoal e com frequência, um processo terapêutico em que as operações implicadas nesse processo são interpessoais e técnicas.

Em 1970, Leininger deu corpo à introdução dos aspectos culturais na enfermagem, decorrente da posição de interface da enfermagem com a antropologia que vinha da década de 50, nos Estados Unidos da América, onde as enfermeiras de saúde pública, os antropólogos e outros cientistas sociais, contribuíram para a introdução dos aspectos

⁴³⁹ Nótulas do relatório da monitora – chefe da Escola S. João de Deus – Évora, quanto à disciplina de enfermagem, (p.2).

⁴⁴⁰ Brochura comemorativa do 10º aniversário da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, (p.21).

⁴⁴¹ O I Congresso de Enfermagem na revista de Enfermagem nº 6, (p.34).

culturais no ensino de enfermagem. Autores portugueses como Alcinda Reis, Wilson Abreu e Manuel Lopes, entre outros, trabalharam estas questões no âmbito das investigações de Mestrado⁴⁴².

Releva-se o facto de até 1975, terem existido dois níveis de formação, traduzidos num único nível de prestação de cuidados que ocorria através dos auxiliares de enfermagem, para quem se preconizava a formação de acordo com a natureza do trabalho, que era definido como “ajudar os enfermeiros em aspectos mais simples dos cuidados de enfermagem, valorizando-se as relações humanas que permitissem estabelecer contactos com os doentes, com os médicos, com os enfermeiros ou com outro pessoal”⁴⁴³. Valorizava-se mesmo neste nível, a formação ao nível da relação, como área de saber essencial ao desenvolvimento do *cuidado em enfermagem*, suportada pelos valores humanistas do cuidar.

Era evidente a orientação quanto à fonte do conhecimento bem como à forma como se pretendia que o mesmo fosse «aprendido» e posteriormente utilizado⁴⁴⁴ a partir dos estágios que os estudantes realizavam numa perspectiva de orientação biomédica da formação, e onde a componente prática era sobrevalorizada em relação à teórica, bem como o contexto hospitalar em detrimento do contexto domiciliário ou comunitário (Nota III, p.83).

Só na década de 80 (final da mesma) se começava a considerar de forma objectiva que “A disciplina de enfermagem tem uma componente teórica, ministrada na escola e, uma componente prática, ministrada em hospitais, centros de saúde, creches e lares de 3ª idade, entre outras instituições da comunidade⁴⁴⁵” (p.1), que conduzia a um posicionamento dicotómico, considerando-se ter existido evolução decorrente do processo de integração, na medida em que o ensino de enfermagem desenvolveu um processo de amadurecimento cuja origem se baseou em conhecimentos empíricos, que evoluíram para conhecimentos disciplinares integrando o arquipélago de saberes do ramo da saúde, com uma gama suficientemente lata e aprofundada de conhecimentos técnico-científicos que permitem: uma cada vez maior autonomia nas funções de enfermagem; o desenvolvimento da prática na área da investigação científica em enfermagem; e o desenvolvimento de uma acção de interdependência e complementaridade com outras áreas científicas da saúde⁴⁴⁶.

Os saberes que os enfermeiros utilizam ainda são considerados tendo como fonte de conhecimento a filosofia, a ciência e a tecnologia, produzidas por outros (informação como conhecimento adquirido, Caria 2003), na medida em que a actuação em contexto ainda é

⁴⁴² Lopes, 2002; Wilson, 2001 e Reis, 2002

⁴⁴³ Ib. Nota 441, (p.58).

⁴⁴⁴ Relatório de enfermagem, sobre os estágios desenvolvidos na Escola de Enfermagem S. João de Deus Évora – 1967.

⁴⁴⁵ Documento em papel timbrado do Ministério da Saúde, DRH. Ensino de enfermagem. Curso de Bacharelato em enfermagem, (p.1).

⁴⁴⁶ Documento em papel timbrado. Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses. A Integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional – no ensino superior. 28 de Janeiro 1987

vista como uma extensão das actividades da vida doméstica, em que os saberes mesmo que possuam um carácter científico quando utilizadas por outros, perdem este carácter reconhecidamente científico para se assumirem numa ordem que é a do ritual, onde aparentemente o enfermeiro executa sem conceber (Amendoeira, 2003)⁴⁴⁷.

Numa perspectiva do modelo apresentado por Caria⁴⁴⁸ a difusão e o uso do conhecimento científico na nossa sociedade dá visibilidade e especificidade ao trabalho técnico-intelectual, que nos contextos organizacionais ou institucionais de interacção social, é capaz de analisar e interpretar ocorrências singulares para além do «aqui e agora» ajudando clientes e / ou decisores a consciencializarem os processos de escolha ou inovação. Este trabalho técnico-intelectual caracteriza-se por ser capaz de «retirar» a ciência dos contextos e campos da sua produção e transferi-la e reorganizá-la noutros campos e contextos de acção social. É este trabalho técnico-intelectual que se desenvolve numa perspectiva actual, com o suporte do conhecimento recontextualizado pelos enfermeiros na acção de cuidar.

Actualmente, o conceito de enfermeiro é alargado à ideia de enfermeiro como *trabalhador do conhecimento*⁴⁴⁹ (Cf. Abel Silva), na medida em que desenvolve trabalho não repetitivo, sem rotina e que consome níveis consideráveis de actividade cognitiva.

Trata-se também de compreender as formas de recontextualização do conhecimento abstracto que os enfermeiros utilizam nos contextos profissionais. E isto no sentido em que importa perceber as condições sociais que permitiram que uma ocupação reivindicasse, alcançasse e depois mantivesse uma particular qualificação, que lhe permita usar o «saber» em situações singulares da prática. O que remete para o processo de profissionalização.

A prática do cuidado de enfermagem está além de qualquer conhecimento abstracto com sentido estratégico ou interpretativo mais geral que possa ser considerado no processo de cuidados. O cuidar assume principalmente uma vertente relacional de grande importância, pois estabelecer uma relação é uma condição necessária, pelo que os enfermeiros precisam de aprender a relacionar-se tal como aprendem as outras «técnicas» relacionadas com o cuidado de enfermagem. Não há cuidado de enfermagem sem relação com o doente ou com a família.

O cuidado de enfermagem é prestado a cada pessoa de modo personalizado e num contexto relacional sendo, por isso, necessário «recriar» o saber perante cada pessoa e em função dela própria (Benner e Wrubel, 1989; Bishop e Scudder, 1991, Watson, 1985, 1988 e Amendoeira, 1999). Daqui resulta uma riqueza de saberes, das pessoas que estão na prestação de cuidados e, que pela interacção na diversidade das situações, permite

⁴⁴⁷ Amendoeira, José (2003). Dos saberes dos enfermeiros aos saberes em enfermagem. Uma reflexão sobre a procura e o uso do conhecimento em enfermagem. Comunicação proferida num painel da Associação Internacional da Sociologia da Educação (Midterm Conference, Lisbon, 18-20 de Setembro 2003)

⁴⁴⁸ Modelo de Análise – Etnosociologia do conhecimento profissional proposto por Caria (2003)

⁴⁴⁹ Tradução livre da expressão Knowledge worker (Drucker, 1993) do autor citado. (2003, p. 27)

conceptualizar saberes (abstractos) a partir de saberes construídos no decurso da vida pessoal e profissional, que vão condicionando o desempenho dos profissionais em contexto (saberes contextuais).

Os saberes que constituem a disciplina de enfermagem enquanto disciplina profissional, caracterizam-se por definir e guiar a prática, pois de acordo com MacIntyre (1990), só acede à riqueza de saberes específicos de uma prática, os que nela participam.

A Associação Americana de Enfermeiros, definiu em 1980, a enfermagem como «o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde actuais ou potenciais», o que distanciava de facto da orientação médica, na medida em que o foco de atenção passava a ser a pessoa através das respostas humanas e não a doença.

Esta questão assume uma importância relevante na medida em que as respostas humanas aos problemas de saúde são muitas vezes múltiplas, contínuas e menos discretas do que as categorias de diagnóstico médico. Como exemplos de respostas humanas, nas quais a enfermeira focaliza a sua intervenção temos, as limitações no auto-cuidado, a dor, as emoções relacionadas com a doença, o tratamento e as mudanças relacionadas com o processo de vida (nascimento, crescimento, desenvolvimento e morte).

Nesta perspectiva a ciência de enfermagem recebe muito das ciências médicas, biológicas, humanas e sociais mas essencialmente descreve e explica os problemas relacionados com a prestação dos cuidados de enfermagem. Na enfermagem a base teórica é parcialmente auto-gerada e parcialmente retirada de outros campos. Como disciplina profissional, a enfermagem também usa os resultados de investigação de teorias seleccionadas de outras ciências com base no seu poder explanatório para os fenómenos de diagnóstico e tratamento da enfermagem⁴⁵⁰.

Já na década de 80, à medida que a ciência evoluía e novas técnicas⁴⁵¹ foram desenvolvidas, houve necessidade de delegar e atribuir à enfermagem funções cada vez mais complexas, que exigiam conhecimentos progressivamente mais dilatados e profundos, levando os enfermeiros a definirem os saberes e as responsabilidades no sistema de saúde⁴⁵², sendo valorizada a dimensão tecnológica do saber, inerente ao desenvolvimento da disciplina, embora ainda com ênfase na evolução médica.

O percurso evolutivo da profissão tem vindo a transportar o exercício profissional duma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual, faltando ainda ilustrar o processo de tomada de decisão como valor do contributo para a qualidade fornecida pelos serviços de saúde às populações, embora os enfermeiros conheçam este valor ele não é mais auto evidente, pelo que necessita ser demonstrado aos

⁴⁵⁰ Comunicação escrita de Louise Cunha Telles.

⁴⁵¹ 2º Congresso Nacional de Enfermagem. Coimbra 5 a 10 de Abril de 1981 – Comunicação de Romeu dos Santos Carmo, (p.365).

⁴⁵² 3º Congresso Nacional de Enfermagem. Porto 1985, (p.57).

que não tendo um entendimento derivado da prática, têm poder para afectar ou determinar a natureza da enfermagem através de processos políticos e alocação de recursos (Abel Paiva, 2003).

A grande mudança paradigmática, esperava-se que acontecesse com a integração no sistema educativo nacional, através da procura da explicitação do que são os saberes dos enfermeiros, que legitimam o cuidado enquanto conceito base à construção dos saberes disciplinares, “A enfermagem dirige a sua acção ao ser humano no seu todo biológico, psicológico, social e cultural – e presta cuidados a indivíduos de todas as idades, em contextos mutáveis, quaisquer que sejam os locais em que as necessidades ligadas à saúde se façam sentir, quer em situação de total autonomia, quer integrada em equipas multidisciplinares⁴⁵³” (p.4). É esta explicitação que está por fazer de forma sistemática e para a qual se pretende contribuir, na medida em que se questiona a evolução ao longo do período em estudo.

Mas a expectativa acerca de como a teoria da integração poderia contribuir para o desenvolvimento da disciplina, passa pelo facto de a investigação ser uma dimensão essencial a este desenvolvimento, só possível a partir da entrada dos enfermeiros (e ainda não a enfermagem) na Universidade.

CAPÍTULO 2.2 - A CAMINHO DA IDENTIFICAÇÃO DE UM CAMPO PRÓPRIO DE CONHECIMENTOS. O PAPEL DA INVESTIGAÇÃO

Não parece ser possível continuar a desenvolver um modelo de formação centrado, à vez, nos conteúdos ou nas estratégias, sem que a Investigação ocupe um lugar que permita o progresso dos conhecimentos, pela produção e difusão dos mesmos com utilidade económica, contribuindo assim para em conjunto com o ensino e com a interacção com utilizadores e a comunidade, a valorização do papel económico, social e cultural dos cuidados de enfermagem.

A construção social do currículo da disciplina de enfermagem enquanto organizadora do modelo de formação, tem vindo a acontecer pela crescente valorização da prática, que qualifique o enfermeiro como profissional autónomo e responsável, competente para mobilizar na acção, os diferentes tipos de saber.

⁴⁵³Proposta elaborada pelos representantes do Ministério da Saúde – Integração no Sistema Educativo Nacional. “Documento em papel timbrado, Anteprojecto do Decreto Lei para a integração do Ensino de Enfermagem, no Sistema Educativo Nacional, proposta elaborada por Enf^ª. Dília Almeida Ribeiro; Rosa Pina Cabral e Romeu dos Santos Carmo. 25.5.85, (p.4).

Existem duas razões que organizam a discussão e a investigação em torno da existência de uma disciplina de enfermagem :

- 1- a disciplina de enfermagem não foi criada por si só, emergiu no contexto de outras disciplinas. Deve então conhecer-se a sua relação com outras disciplinas que contribuem para a sua estrutura. Não fazendo sentido doutra forma, essencialmente quando se fala de interdisciplinaridade.
- 2- A família das disciplinas, na medida em que os seus membros representam conhecimentos derivados de estruturas conceptuais particulares, é assunto de revisão na forma de fusão, extinção ou multiplicação dos seus membros, como novas concepções emergentes.

Assume-se, de acordo com o enquadramento teórico que o conhecimento em enfermagem se organiza em torno da disciplina.

O processo de construção da disciplina de enfermagem

Conforme analisado antes, a concepção e organização do ensino de enfermagem não começa em Portugal, apenas na década de 50 do século XX.

Nightingale, procura clarificar o “sentido “ do cuidado de enfermagem, ao idealizá-lo como uma “ arte “ mais que uma ciência, mas em que defendeu ser possível ensinar enfermagem tal como se ensinava medicina, mas de forma diferente.

Recuando aos anos 80 do século XIX, em Inglaterra dão-se os primeiros passos para a organização da formação de enfermeiras, com a criação da primeira escola, seguindo um plano curricular onde os conteúdos eram definidos em torno de conceitos e princípios, que ainda hoje se consideram inexcedíveis, pelo facto de considerarem ser a formação das enfermeiras, organizada em torno do respeito pelo indivíduo e pela importância atribuída ao ambiente, devendo o profissional desenvolver a acção no interesse do indivíduo e não dele próprio⁴⁵⁴.

Esta conceptualização é retomada por Donaldson (1978), quando se refere à evolução da enfermagem no seio das outras disciplinas. Diz a autora que “ ao identificar as disciplinas e ao classificá-las, estamos a lidar com a «natureza» e com a «estrutura» de todo o conhecimento humano “ (p. 238).

Só desenvolvendo a investigação sobre os cuidados de enfermagem, utilizando como base quadros conceptuais já conhecidos, pode ser demonstrado o cuidado de enfermagem. Parece que uma das formas de afirmação dos enfermeiros será procurar enunciar os elementos que constituem a mais valia no bem estar das pessoas, o que está presente nos postulados de Virgínia Henderson e colaboradoras, numa perspectiva de questionamento do

⁴⁵⁴ Nightingale, Florence (s./d). Notes of nursing

real / quotidiano, o que permite identificar as dificuldades e os constrangimentos inerentes à prática dos cuidados:

- Os enfermeiros por si só não podem ter a pretensão de se atribuir os efeitos duma abordagem multiprofissional e / ou interdisciplinar;
- A procura de uma especificidade do cuidado de enfermagem pode permitir explorar uma tradição oral, que formalize em texto um saber e metodologias que legitimem um estatuto diferente para o cuidado de enfermagem;
- A ruptura com o paradigma biomédico, permitirá uma postura de confrontação do conflito que é provocada pelas zonas de incerteza e de sobreposição entre alguns actos médicos e alguns actos de enfermagem;
- Ao enfrentar o conflito, deixar-se-à de subsidiar o referido paradigma, através da formação para este modelo, de novos profissionais que se vêem constantemente confrontados com um discurso formativo (dos que pensam a enfermagem) próximo do paradigma humanista e a acção formativa (os que pensam e os que praticam enfermagem) subsidiária do paradigma biomédico.

E em Portugal, como tem ocorrido esta evolução?

Esta é uma das questões que se procura compreender, tendo a segunda metade do século XX como período de investigação e análise.

Investigação desenvolvida a partir do processo de cuidados na formação dos enfermeiros (Amendoeira, 1995 e 1999) procura reflectir sobre a disciplina de enfermagem valorizando a emergência das práticas como campo de aplicação do conhecimento científico.

Numa análise construtivista a partir dos resultados mais significativos dos referidos estudos, emergem as dificuldades em clarificar o objecto de estudo da disciplina de enfermagem, através: (1) da clarificação da posição quanto à existência de uma relação dialéctica entre a formação e o trabalho e hipoteticamente entre a componente profissional e a componente académica da disciplina, e (2) do isolamento de alguns factores (Cf., Amendoeira, 1995), de acordo com o proposto por Dicoff & James (1967), quanto à produção de uma teoria de médio alcance, onde se valorizou essencialmente o relacionamento entre factores (Cf., Amendoeira, 1999).

A partir do momento em que se torna possível relacionar os diferentes factores, considera-se ultrapassar a principal dificuldade em saber se existe um tipo de conhecimento em enfermagem, na medida em que se deixou de especular sobre uma possível estrutura conceptual de enfermagem (componente académica), mas se coloca à disposição para debate, uma estrutura onde o processo de cuidados como disciplina (componente profissional) terá que desenvolver fundamentos científicos que legitimem a prática em

equipas interdisciplinares, o que só conseguirá fazer se de facto for uma disciplina, que integre a componente profissional e a componente académica.

Nesta linha de raciocínio interessa problematizar a situação do ensino de enfermagem no ensino politécnico (em capítulo seguinte), na perspectiva de uma cultura de formação baseada no técnico profissional, mas em que desde há décadas se procura desenvolver uma lógica de formação não exclusivamente técnica, mas também e profundamente social e humana, em que o nível de formação superior (licenciatura) permitirá garantir o equilíbrio entre a competência técnica e profissional, em que, ao centralizar o cuidado na pessoa doente ou saudável, implica que o enfermeiro não seja um mero executor técnico por delegação de outrem, mas sim um profissional competente para tomar decisões qualificadas (Amendoeira, 1999, p. 59; Ribeiro, 1995; Lopes, 1999; Costa, 2002 e Abreu, 2001).

Com a primeira reforma do ensino, ocorrida em 1952, verificam-se de facto os primeiros passos no sentido da construção da área disciplinar e profissional.

Identificam-se à data as primeiras preocupações com esta temática, quando se postulava na formação dos enfermeiros, a importância da compreensão de que a saúde é resultante dum equilíbrio perfeito do ser humano e da sua adaptação ao Ambiente. As técnicas de enfermagem, como primeiro conteúdo específico a ser estudado, fixava apenas os seus princípios fundamentais, pois a sua aplicação prática podia variar imenso de acordo com as circunstâncias⁴⁵⁵.

É na década de 60 por semelhança e por influência do desenvolvimento da enfermagem noutros países, que a enfermagem portuguesa começa a ter uma maior noção da importância da utilização do raciocínio científico na acção e da metodologia científica na produção de conhecimento. Existe, aparentemente uma relação entre três factos sociais que ocorreram nesta década, entre muitos outros, e que foram: a reforma do ensino ocorrida em 1964, a formação de enfermeiras no estrangeiro e a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem.

Embora não se possa circunscrever a formação de enfermeiras no estrangeiro à década de 60, visto que desde a criação da Escola Técnica de Enfermeiras (1940) (Actual Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil), que estas faziam formação nos Estado Unidos da América, apoiadas pela Fundação Rockefeller, é de facto na década de 60 que saem para o estrangeiro algumas enfermeiras, cuja deslocação é apoiada pela OMS com o objectivo de formar enfermeiros com cursos superiores.

Associando a formação no estrangeiro às enfermeiras que assumiam depois o ensino de enfermagem e, que eram maioritariamente superiores às que se dedicavam ao exercício depois da formação obtida, é a Escola de Ensino e Administração que aparentemente dá o

⁴⁵⁵ Relatório elaborado pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social. (p.89)

grande impulso quanto à investigação⁴⁵⁶, na medida em que cinco anos após a sua criação, e apesar do seu reduzido corpo docente, tinha elaborado estudos em diversas áreas: características desejáveis ao aluno que termina o curso de enfermagem complementar (1968); Conceito de Enfermagem (1968); Normas gerais para a apresentação de trabalhos escritos (1969); Organização do curso de enfermagem complementar em unidades didácticas (1970); Análise dos projectos de reformas do ensino (Abril de 1971); Avaliação de alunos do Curso de Enfermagem Complementar (1972)⁴⁵⁷.

Pela listagem das temáticas estudadas, identifica-se que os cuidados de enfermagem não se constituíam como objecto de investigação.

Virgínia Henderson, após ter explorado o leque dos diferentes estudos realizados nos Estados Unidos, propõe uma classificação que Collière reproduz, e que demonstra como se estava de facto ainda distantes, no que se fazia em Portugal (Nota I, p.83-84)⁴⁵⁸, pois era referida sistematicamente pelos diferentes intervenientes, a necessidade de se introduzir na prática do ensino e do exercício a investigação como metodologia.

Muitas vezes confunde-se, ou até mesmo reduz-se a iniciação à investigação a uma iniciação à metodologia, Collière (2003).

Sendo de colocar a questão de saber até que ponto uma aprendizagem da investigação nos moldes anteriormente referidos, não se constituiu como a principal desvantagem aqui assinalada.

Torna-se essencial, de acordo com Collière (2003) que, a utilização de baterias de instrumentos de investigação do tipo: observação, questionários, entrevistas...constitui-se muitas vezes o todo da investigação, deixando na sombra ou mesmo eliminando as questões fundamentais, respeitantes ao porquê da investigação, ao seu significado e à sua implicação para o investigador em relação com o objecto de investigação, as repercussões possíveis tanto ao nível das pessoas como ao nível institucional, de se compreender e distinguir a investigação para além do método e da técnica, também e essencialmente como *o processo*.

Na Escola de Ensino e Administração, reformularam-se as estratégias considerando a avaliação dos diferentes intervenientes, por forma a iniciar uma outra orientação para o ensino da investigação, que enfatizasse a investigação de problemas e necessidades da

⁴⁵⁶Programa de Introdução a Métodos de Investigação em Enfermagem, do Curso de Enfermagem Complementar. EEAE, Enfª Bessa, Setembro de 68, (p.16).

⁴⁵⁷Brochura que sistematiza dados sobre o V centenário da Escola de Ensino e Administração. Sessão comemorativa em 28/11/72, (p.11).

⁴⁵⁸ Entrevista realizada a Srª Enfª M A B em 19 de Março de 2003 “(...) comecei a dar as aulas (...) não se falava de investigação – acção (...) só de métodos quantitativos com muito pouco recurso à informática, (...) à estatística (...). (...) com os alunos comecei, agora toda a gente vai (..) fazer um mini projecto de investigação (...) identificar as dificuldades, os aspectos éticos, (...) como é que se faz um questionário”(p.15).

profissão que conduzissem de forma directa ou indirecta, à melhoria do nível do ensino e do exercício da enfermagem⁴⁵⁹.

Os enfermeiros portugueses começavam a «pensar a enfermagem» duma forma distinta, começavam a problematizar a necessidade e a importância de clarificar o campo próprio do saber em enfermagem, construindo definições de enfermagem mais concretas, a partir da experiência acumulada e da pesquisa desenvolvida por múltiplos autores⁴⁶⁰.

Tornava-se imperioso contrariar a falta de condições existentes, e que impediam a possibilidade de efectuar um verdadeiro trabalho científico (Cf., Sousa1983), através do desenvolvimento de um olhar crítico, sobre a incapacidade da enfermagem em criar um modelo próprio e definir a sua filosofia, continuando muitos enfermeiros a reproduzir o modelo que lhes foi imposto, preferindo-se a execução de pequenos actos delegados, ao assumir-se como perito em cuidados de enfermagem⁴⁶¹.

Era por isso essencial ter como referência para a construção dos saberes, desenvolver mais a actividade científica, pois se o ensino não passasse a ter o apoio da investigação, pouco poderia progredir⁴⁶², na ausência deste rigor científico, ao fazerem-se mudanças, que pudessem não estar suportadas no questionamento sistemático dos problemas e da procura de soluções inovadoras⁴⁶³. Esta postura era assumida no V aniversário da Escola, e a propósito da dialéctica de que hoje se propõe o estudo, questionava-se a importância do trabalho conjunto entre enfermeiros e docentes como factor dificultador ou facilitador do desenvolvimento da investigação indispensável no campo específico dos cuidados de enfermagem. Que relação entre a teoria e prática? Quais os campos de acção dos enfermeiros? Educar para desempenhar que funções?

Entre as tarefas com que se tem debatido a educação pós-básica em enfermagem releva-se a ajuda através da investigação, na identificação do corpo básico de conhecimentos em que assenta a prática da enfermagem e no desenvolvimento de programas para professores e administradores em enfermagem, que dêem ênfase aos cuidados centrados no cliente e, à forma como os alunos podem aprender, eficazmente, a prestar esses cuidados. A educação pós-básica tem responsabilidades de preparar o tipo de «líderes» que podem encaminhar a

⁴⁵⁹ Brochura que sistematiza dados do X aniversário da escola de Ensino e Administração de Enfermagem. Comemoração do X Aniversário, (p.19).

⁴⁶⁰ III Congresso Nacional de Enfermagem. Comunicações e conclusões. Livro de Actas. Comunicação de Mário Sarmiento Rebelo, técnico de Enfermagem, a propósito do projecto de Selecção e Aconselhamento Vocacional para os candidatos a alunos das Escolas de Enfermagem, (p.58).

⁴⁶¹ Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem que decorreu em Coimbra, nos dias 5 a 10 de Abril de 1981. Comunicação proferida pelo Enfº. Romeu dos Santos Carmo, (pp-366-367).

⁴⁶² Brochura que sistematiza dados sobre o V Aniversário das EEAE. Sessão comemorativa em 28/11/72, (p.11).

⁴⁶³ Cf. Sousa, Mariana Diniz de (1983) A evolução dos últimos 25 anos do ensino de enfermagem em Portugal, (pp. 33-34).

necessária mudança na prática e na educação em enfermagem, sendo esta uma premissa apontada na comemoração do 10º aniversário da Escola⁴⁶⁴.

Estava-se assim perante a importância atribuída a uma dimensão reflexiva da «prática» sendo esta considerada como a docência, a prestação e a gestão de cuidados.

No primeiro Congresso Nacional de Enfermagem, questionava-se a importância da enfermagem se assumir como disciplina, estando-se perante uma transição sentida em toda a literatura publicada, onde a enfermagem era assumida como uma ciência aplicada, saída da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo as suas teorias, pesquisando, sistematizando os seus conhecimentos, de que era dado como exemplo a teoria apresentada por Wanda Horta, desenvolvida a partir da teoria de Maslow de que decorriam conceitos, proposições e princípios que a fundamentam como ciência, com um método científico próprio (o processo de enfermagem) e instrumentos básicos⁴⁶⁵. Este constituiu-se como o primeiro momento de discussão sobre «uma teoria de enfermagem».

A Enfermagem passou a ser caracterizada como “indispensável no sistema de prestação de serviços de saúde, desenvolvendo nesse sentido um conjunto de conhecimentos necessários ao exercício profissional, afirmando a sua identidade no contexto das outras profissões de saúde e definindo o modelo profissional que lhe é próprio, numa crescente complexidade do seu âmbito de acção⁴⁶⁶”.

De acordo com Collière (2003) o acesso à investigação assinala uma etapa importante no desenvolvimento de uma profissão. Foi a partir da difusão do 5º relatório OMS⁴⁶⁷ da Comissão de peritos dos cuidados de enfermagem que se começou a abrir o caminho para uma investigação, não só como algo possível e desejável, mas também recomendado para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e da própria profissão.

Assiste-se ao longo de todo o período em análise, a uma evolução no sentido da construção de saberes que passaram a ser cada vez mais legitimados a partir do reconhecimento intra e extra-profissional, na perspectiva de se reconhecer aos enfermeiros a capacidade para transferir para cada situação, os saberes que, constituindo-se no conhecimento humano, de carácter mais ou menos científico, é utilizável pelo profissional que o mobiliza junto de quem dele necessita.

⁴⁶⁴ Brochura que sistematiza dados sobre o X Aniversário da EEAE. Comemoração do X Aniversário.

⁴⁶⁵ I Congresso Nacional de Enfermagem. Comunicações Livres. Lisboa. Novembro de 1973,(pp.2-9).

⁴⁶⁶ Documento em papel timbrado “Anteprojecto de Decreto Lei para a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional” Proposta elaborada Enf^{ra}. Dília Almeida Ribeiro; Rosa Pina Cabral e Romeu dos Santos Carmo, (p.4).

⁴⁶⁷ em 1996, o 5º Relatório da «Comissão OMS de peritos dos cuidados de enfermagem» (Relatório técnico nº 347) afirmava que «uma profissão consciente dos seus deveres deve colocar questões que suscitem investigações, estar aberta a investigações relacionadas com a sua actividade e pôr em prática os resultados desses investigações», e continuava: «os cuidados de enfermagem devem fazer parte dos temas de investigação de um serviço de saúde».

Com o processo de integração no sistema educativo nacional, independentemente do subsistema em que o ensino de enfermagem foi integrado, o debate que se produziu em torno deste problema, teve a sua eficácia na produção de alguma visibilidade do mandato social da enfermagem e da sua importância como profissão.

Muitas são as vozes críticas ao facto do ensino de enfermagem ter acontecido durante muitas décadas à margem do sistema educativo nacional e por inerência no exterior dos locais socialmente legitimados para a produção científica, que são as Universidades.

Poucas foram as Escolas de Enfermagem que até 1983 tiveram oportunidade de desenvolver investigação no campo da enfermagem, o que na perspectiva de Sousa (1983) levaria a curto prazo à incompetência, contribuindo à altura com a formulação das seguintes questões: o que impede que sejam dadas condições ao pessoal docente das escolas de enfermagem para fazerem trabalhos de investigação, base científica a qualquer mudança? Por um lado há falta de pessoal, mas por outro lado não tem sido aceite com facilidade que os enfermeiros se preparem em investigação. E como pode assim progredir a profissão de enfermagem?

Esta continua a ser uma discussão actual, mas já nas décadas de 70 e de 80, se defendia que o ensino de enfermagem deveria ser de nível superior e mesmo universitário⁴⁶⁸, na medida em que é aí que pode acontecer a legítima produção de saberes, que confirmam à enfermagem o estatuto de área científica.

Existe cada vez mais a perspectiva que o conhecimento necessita ser estudado a partir do que é essencial aos contextos existentes e a partir das actividades de todos os dias, que os seres humanos desenvolvem no «seu mundo», porque o conhecimento só é significativo se servir para desenvolver e melhorar essas mesmas actividades de vida diárias. Faz então sentido, de acordo com o proposto por Sun (2002) que o conhecimento não pode ser compreendido sem ser a partir de um foco próprio e decorrente do seu contexto natural.

A compreensão das formas como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como usam esse mesmo conhecimento no quotidiano, tem - se constituído um desafio constante, na medida em que se considere existir uma importância crescente nas profissões de saúde, pela valorização dos processos de reflexão institucional, que permitem aos profissionais legitimar práticas sociais, que a partir de uma base interactiva, vão muito para além do conhecimento interpessoal e das circunstâncias localmente definidas, porque dependem de um conhecimento especializado (disciplinar – transversal / transdisciplinar)⁴⁶⁹.

⁴⁶⁸ 5º Relatório da «Comissão OMS de peritos dos cuidados de Enfermagem». 1996. O aparecimento deste 5º relatório que alega, entre outras coisas, a dupla recomendação da necessidade de uma formação universitária para as enfermeiras/os e de lhes facilitar o acesso à investigação (...).

⁴⁶⁹ Amendoeira, José (2003). Fontes e uso do conhecimento em enfermagem. A cooperação como estratégia. Colóquio Transversalidade na educação e noutras profissões.

O actual paradigma de enfermagem, alicerça-se no proposto por Kérouac⁴⁷⁰ que considerou quatro momentos nas grandes correntes do pensamento em enfermagem, a saber: a valorização da saúde pública e a orientação para a doença, a orientação para a pessoa e a abertura para o mundo.

Os saberes como conteúdo da disciplina de enfermagem

Lopes⁴⁷¹ propõe, a partir de Kérouac a existência de uma fase paradigmática da construção da disciplina de enfermagem, apontando os três paradigmas, enquanto visões do mundo da enfermagem, que se enquadram no período em estudo – Categorização, Integração e Transformação (Ver posição acerca da Biografia Partilhada da Enfermagem, p.81 desta tese). O autor desenvolveu um estudo sobre as concepções de enfermagem ao longo dos tempos, procurando perceber, sob o ponto vista epistemológico, quais são as condições a que uma disciplina tem que obedecer para que possa ser reconhecida como tal. Para isto procurou estudar a evolução dos conteúdos do conceito de enfermagem apontados como mais consensuais - o metaparadigma (i.e., pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem), bem como forma como era entendida a pessoa do enfermeiro (Cf. p.25).

A inserção do desenvolvimento da enfermagem como disciplina com capital próprio de saberes é de extrema importância na medida em que e de acordo com Nunes (2003, p.281), as enfermeiras eram encaradas entre outras imagens, como capital técnico da nação (Nota II, p.84).

A hipótese de que a partir da década de 50, a expressão «disciplina de enfermagem» pode e deve ser entendida como o domínio da investigação e essencialmente da prática da enfermagem, domínio este definido a partir de uma perspectiva específica ou de forma distinta de examinar os fenómenos, tal como Kérouac et al (1994) e Meleis (1991), propõem.

O senso comum intelectual e científico está ligado ao estilo de vida no seu todo; afirma consciência deste tipo de vida, reagindo sobre ele por meio dos seus próprios contributos. Por isso o surto decisivo da ciência moderna se encontra estreitamente solidário com o progresso técnico e com o progresso social; pode considerar-se a eminência actual da ciência como um fenómeno sociológico cuja justificação não deve ser procurada na própria ciência(Gusdorf)⁴⁷².

⁴⁷⁰ Kérouac, Suzanne e tal (1994). La pensée infirmière : Conceptions et stratégies. Québec : Éditions Études Vivantes

⁴⁷¹ Lopes, Manuel (2000). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros

⁴⁷² Gusdorf, Georges (1988). Da história das ciências à história do pensamento. Lisboa, Pensamento

Nesta década o indivíduo começa a ser visto como uma totalidade singular (Nota III, p.84), sendo que por influência da tecnologia que invadiu o hospital, o progresso técnico implicava a ideia do progresso intelectual. Se o conhecimento científico é real, deve ter um sentido prático, e se é prático, deve ser útil. A partir daí, já não é possível aceitar um saber passivo e contemplativo (Ib. Gusdorf).

Pela transversalidade dos saberes mobilizados, provenientes de diferentes áreas: Ciências da Educação, Psicologia, Sociologia, Antropologia, Filosofia e Ciências Biomédicas, a Disciplina de Enfermagem parece estar relacionada com algumas das características major do conhecimento inerente às actividades humanas tal como Sun (2002)⁴⁷³ preconiza, de que se salienta a dicotomia entre o implícito e o explícito, com visibilidade no quotidiano.

Em relação à enfermagem, parece ser cada vez mais claro que o «significado» dos saberes transformados no e pelo trabalho, se constrói pela emergência de saberes implícitos (genéricos, abrangentes, por vezes não acessíveis – Sun, 2002) na prática, constituindo-se esta, simultaneamente como campo de aplicação de saberes explícitos (mais acessíveis e precisos), mediadores da relação do homem com o seu mundo.

Começa a procurar-se uma dimensão intelectual dos cuidados de enfermagem, começando nesta fase a delinear-se a enfermagem como disciplina científica e académica, na qual se mobilizavam simultaneamente conhecimentos oriundos das ciências exactas e das ciências humanas⁴⁷⁴(p.102).

Outra das características importante nesta fase é a da procura da formação de um corpo de conhecimentos científicos que sustente a prática assistencial, tendo passado a ser referência para organização dos cuidados, o modelo das relações humanas e o das necessidades humanas básicas, com a influência directa de Virginia Henderson.

A dimensão tecnológica do saber, assume grande importância, na medida em que a crescente especialização dos enfermeiros acompanha, na sua grande maioria, as especializações médicas, o que promove a dependência disciplinar e profissional. Na actualidade, as Ciências da Saúde começam a ter uma visibilidade para além da Medicina, procurando integrar a complexidade que advém das necessidades singulares e específicas das pessoas, reconhecendo-se a diferença nos mandatos sociais inerentes aos diferentes grupos profissionais, e decorrentes das formas de organização da sua acção a partir do sujeito do cuidado, que é o cidadão(Amendoeira, 2003).

Esta é uma categoria de análise importante, na medida em que, de acordo com Gosdurf (1988, p.259) a história de uma disciplina particular pode certamente ignorar a

⁴⁷³ Sun, Ron (2002). The duality of mind.

⁴⁷⁴ Abreu, Wilson Correia de (2001). Identidade, Formação e Trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa, Educa & Formasau

transformação global⁴⁷⁵, contentando-se em desenrolar o fio da sua própria inteligibilidade; mas esta história, exacta no detalhe, será falsa no seu conjunto; deixará de lado a conjuntura global que impõe a sua lei às investigações e aos indivíduos. O detalhe dos achados e dos erros surge como um epifenómeno, porque o tempo real da história da ciência é o tempo pesado e profundo do devir humano e das mutações mentais.

É por isto que, e de acordo com o autor referido, a história de uma disciplina não pode circunscrever-se aos limites dessa disciplina. Um dos quadros apropriados a uma história das ciências é o quadro interdisciplinar, que permite assinalar o jogo constante de acção e reacção entre o mundo e os homens, a circulação das ideias de um domínio para o outro, as influências recíprocas e os constantes reajustamentos do equilíbrio geral.

A perspectiva metodológica ensaiada neste estudo, está efectivamente de acordo com o estudo do testemunho dos interessados, seguindo o seu próprio pensamento e não o do investigador, mediado pelo contacto directo com os documentos. Só este contacto permitiu compreender a atmosfera intelectual da época estudada, que impelia os actores e que os ajudava a contornar os obstáculos, na descoberta de novas soluções.

É neste sentido que as diferentes visões paradigmáticas referidas anteriormente adquirem aqui uma importância extrema, na medida em que a perspectiva de uma relação com o mundo só pode constituir-se graças ao testemunho concorrente das outras relações com o mundo.

A disciplina de enfermagem como qualquer outra disciplina, terá de possuir uma área específica do conhecimento, isto é, conhecimentos utilizados com sentido específico na prestação de cuidados de enfermagem que deverá incluir regras, regras essas que vão orientar a construção desse mesmo conhecimento (Teixeira, 2001)⁴⁷⁶.

É com este sentido que o conceito de cuidar, adquire nas Ciências da Saúde um estatuto que na enfermagem, se torna específico e claramente profissional, procurando clarificar o que é essencial, à disciplina e à profissão.

O cuidar assume nesta perspectiva, uma vertente relacional de grande importância, pois os saberes relacionais são essenciais ao desenvolvimento de um cuidado de enfermagem que é prestado a cada pessoa de modo personalizado e num contexto de interacção que permita recriar o saber perante cada pessoa e em função dela própria.

Se a participação dos enfermeiros na definição dos curricula de enfermagem, bem como na liderança e responsabilidade na formação e gestão destes, se constituiu como a primeira dimensão do processo de autonomização da Enfermagem enquanto disciplina e profissão,

⁴⁷⁵ Gosdurf, Georges (1988). DA história das ciências à história do pensamento. “ O aparecimento da ciência moderna foi, pois, preparado, desde o século XVII, por uma reconversão das evidências, que implicava uma nova atitude do homem em relação ao universo.” * p.259, adaptado

⁴⁷⁶ Teixeira, Otilia (2001). O estado da arte da investigação em enfermagem em Portugal: a profissão / modelos profissionais como objecto de análise. Enfermagem (2ª série) Jul-Dez.

interessa compreender de que forma a investigação desenvolvida essencialmente a partir da década de 90, após a entrada dos enfermeiros nas Universidades, não esquecendo a aproximação à investigação iniciada com a formação especializada e complementar em enfermagem, influenciou ou não a construção de um campo próprio que se possa considerar como área disciplinar.

Neste sentido Teixeira, (Cf.,2001, p.31) refere que a enfermagem encontra-se ainda hoje numa encruzilhada que interessa compreender e desocultar para encontrar o melhor caminho para esta disciplina e isso passa pela realização de investigação. Possui uma prática profissional, claramente interdisciplinar mas é de questionar– estará essa prática ancorada numa formação interdisciplinar forte, capaz de «importar» selectivamente de outras áreas disciplinares, contributos considerados importantes, para melhorar a capacidade de análise, o reconhecimento da sociedade científica e a relevância social da disciplina de enfermagem? Assume-se por prática a concepção de MacIntyre no enquadramento desta tese.

A questão que se coloca prende-se com o facto de a metodologia de investigação em Portugal (a partir da criação da EEAE) ter enfatizado essencialmente as áreas da gestão / administração e ensino, à semelhança do que aconteceu no primeiro programa de estudos graduados para enfermeiras oferecido pelo Columbia University's Teachers College, em que as teorias ensinadas serem essencialmente administrativas e educacionais (Meleis, 1991), bem como a construção dos curricula ter sido o alvo principal da aplicação das primeiras teorias de enfermagem, não sendo por isso dirigidas à prática. Em Portugal é em 1973, que se fala pela primeira vez em modelos teóricos com aplicação à prática, com o estudo dos conceitos básicos à enfermagem, com a presença de Wanda Horta.

O Paradigma da transformação pode situar-se em meados da década de 70, associando-se numa dimensão internacional à Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários em Alma Ata, com a declaração com o mesmo nome emanada pela OMS (1978) e, a nível nacional com a reforma do ensino de enfermagem aprovada em 1976, com um plano de estudos que claramente apontava para uma formação enfatizada na promoção da saúde e prevenção da doença, com uma maior centralidade da pessoa no processo de cuidados.

Este paradigma representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo, influenciando os cuidados que passam a visar essencialmente o bem estar tal como a pessoa o define.

A enfermeira, ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados.

O cuidado de enfermagem assume assim, uma dimensão de singularidade, que se recria em cada momento de cuidado pessoal e relacional, onde o enfermeiro se assume como o profissional mais competente para descodificar a situação-problema que se lhe apresenta. É

na capacidade de recontextualizar os saberes abstractos ao desempenho profissional (saberes contextuais) que o enfermeiro se assume como profissional – perito. Nesta perspectiva, a investigação em enfermagem é considerada algo de normal e necessário e, é agora baseada nos modelos conceptuais próprios da disciplina.

O acesso e o desenvolvimento de investigação, assinala uma etapa importante no desenvolvimento de uma profissão (Colliére, 2003, p.1 Anexo IV)⁴⁷⁷.

Soares e Basto (1999, p.36)⁴⁷⁸, referem que para servir de fundamento a uma ciência ou disciplina, a investigação tem de ser acumulada, organizada e interpretada. É neste sentido que em seguida se apresenta a análise feita a um conjunto alargado de teses de mestrado e doutoramento, desenvolvidos por enfermeiros portugueses, na última década, por ser exactamente coincidente com a entrada dos enfermeiros na Universidade⁴⁷⁹, permitindo assim a realização de estudos que embora de âmbito académico, se revelam de grande importância.

Mas antes, far-se-á referência explícita a um estudo desenvolvido por Teixeira⁴⁸⁰, onde foram analisados resumos e conclusões de trabalhos efectuados também, na última década.

A autora refere-se aos contextos onde os estudos foram desenvolvidos, de acordo com o modelo proposto por Rebelo (1996) – Contexto do sujeito; contexto profissional e contexto da acção.

Quadro nº 4 – Trabalhos analisados à luz de três contextos de análise

Contexto do sujeito	Contexto da Profissão	Contexto da Acção
52	36	102

Fonte – Teixeira, O. (2001)

Este conjunto de estudos resulta de um grupo mais alargado (530), que foram enviados pelas Escolas Superiores de Enfermagem, Hospitais e Administrações Regionais de Saúde. De acordo com a autora, na análise foram mais os trabalhos excluídos, do que os incluídos. Tal facto deveu-se aos excluídos, não estarem dentro de nenhum dos três contextos

⁴⁷⁷ Colliére, M^{Ar}ie Françoise (2003). Cuidar... a primeira arte da vida

⁴⁷⁸ Soares, I. e Basto, M.L. (1999). 10 anos de investigação em enfermagem e Portugal. Enfermagem. Nº 14 (2ª série) Abril/Junho, (p.32-45).

⁴⁷⁹ “No início da década de 90, (...) nas actividades profissionais (...) teve início o mestrado em ciências da educação: pedagogia da saúde (Universidade de Lisboa), em 1991 o Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade Católica e em 1993 o Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto”, In: Basto, M. L. (1998). Evolução da investigação em enfermagem em Portugal. Pensar Enfermagem. (p. 19).

⁴⁸⁰ Teixeira, Otilia (2001). O estado da arte da investigação em enfermagem em Portugal: a profissão / modelos profissionais como objecto de análise. Enfermagem (2ª série) Jul-Dez.

considerados, referindo-se à aprendizagem dos alunos, relação professor / aluno, estilos de liderança entre outros.

No quadro seguinte, mostram-se as diferentes razões que conduziram à realização dos estudos.

Quadro nº 5 – Trabalhos de investigação incluídos e não incluídos no estudo

Trabalhos de investigação	Incluídos	N/incluídos	total
Cursos e concursos	70	160	230
Mestrados	91	87	178
Doutoramentos	2	2	4
Em serviço (não explícito)	27	91	118
TOTAL	190	340	530

O corpus de análise foram essencialmente os 190 resumos, que são indicativos do estado da arte da investigação em enfermagem em Portugal.

O contexto da acção é predominante, sendo poucos o que dizem respeito a um contexto da profissão. Em relação a estes, desenvolveram-se em torno dos seguintes temas: **Cuidar** (no hospital, do idoso com doença crónica, em fim de vida, no domicílio, etc); **Representações** (da profissão, da doença) **Percepções**, **Opiniões** e **Satisfação** (do enfermeiro, do utente); **Comunicação / Relação**; **Desenvolvimento de Competências** (estratégias de poder – do doente, do enfermeiro, ...) e **História de Enfermagem**.

Tal como nós em diferentes estudos desenvolvidos⁴⁸¹, o grande desafio que se coloca à disciplina de enfermagem é dar sentido ao que os enfermeiros fazem nas suas práticas, na sua tomada de decisão, sendo a investigação uma ferramenta fundamental na construção desse sentido. A retroalimentação do saber em enfermagem exige que não se separem os «práticos» dos «formadores», pois é assim que se vão transformando as identidades profissionais, na relação de categorias e de campos de conhecimento.

Entre 1998 e 2001, foram publicados vários artigos, de autoria de diferentes autores portugueses, havendo um denominador comum quanto à temática central que é a do estado da arte de investigação em Enfermagem, em Portugal⁴⁸².

⁴⁸¹ Amendoeira, José (2000). Cuidar em enfermagem. Intenção ou acção? Revista Nursing

Amendoeira, José (2000). Cuidado de Enfermagem. Que sentido(s)?

Amendoeira, José et al (2003). Instrumentos Básicos em Enfermagem. Expressões e significados.

⁴⁸² Basto, M. L. (1998). Evolução da Investigação em Enfermagem em Portugal. Pensar Enfermagem. Vol1(2) 1º Semestre de 1998

Soares, I. e Basto, M.L. (1999) 10 anos de investigação em enfermagem em Portugal. Enfermagem, nº14 (2ª Série)

No presente estudo a estratégia seguida para identificar os trabalhos desenvolvidos, passou por solicitar aos Presidentes dos Conselhos Directivos / Directores de todas as Escolas Superiores de Enfermagem, que colhessem junto dos colegas a informação solicitada (Nota IV, p.84-85), por parecer ser a forma mais adequada, a fim de evitar as limitações apontadas por outros autores⁴⁸³ que antes tinham procurado fazer uma pesquisa idêntica, nos Centros de Documentação das Escolas ou das Faculdades onde as Dissertações de Mestrado foram realizadas.

A recepção dos dados foi sendo feita pelas vias apontadas, sendo possível constituir um corpus de análise de 211 documentos, com os quais não houve uma preocupação de representatividade, mas tão só a possibilidade de uma análise que ilustre a dinâmica da sistematização do saber em enfermagem, através da investigação produzida.

Passando à descrição da análise feita a um corpus de trabalhos de investigação desenvolvidos no âmbito de Doutoramentos, Mestrados, Concursos e outros, num determinado período (Nota V - quadros 1 a 10, pp. 85-88), iniciando – se pelas áreas temáticas desenvolvidas, conforme quadro nº 3 na mesma nota.

Verifica-se que as componentes profissional e académica da disciplina surgem em, respectivamente 15 e 13 trabalhos analisados, sendo no entanto de realçar que 29 dos trabalhos têm como **área temática** «os Cuidados de Enfermagem aos diferentes grupos etários», que se se associar ao facto de outros 30 terem como área temática os utentes, pode significar uma preocupação crescente com o sujeito de cuidados como objecto de investigação. Salienta-se ainda que os estudantes, os professores e a profissão, foram também áreas temáticas estudadas, respectivamente por 19, 5 e 11 investigadores.

De acordo com o nível dos cursos realizados, a predominância é relativa aos cursos de Mestrado

Interessa também perceber quais as áreas de mestrado seleccionadas pelos enfermeiros, de entre a oferta disponibilizada, o que se pode verificar no quadro nº 6 da mesma nota. Salienta-se, no entanto, que a grande maioria se desenvolveu na área das Ciências de Enfermagem (129).

Após esta caracterização sumária, importa de facto compreender a partir de que bases se reflecte a prática quotidiana e de como a investigação contribuiu para a sistematização do conhecimento.

Basto, M.L. e Magão, M.T. (2001). Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte de investigação. Revista de Investigação em Enfermagem. Nº4 Agosto, pp. 3-11.

Lopes, M. J. (2001). O Estado da Arte da Investigação em Enfermagem. O enfermeiro como sujeito/objecto de investigação. Revista Sinais Vitais. 38 Setembro, pp. 31-35

Teixeira, O. (2001). O estado da arte de investigação em enfermagem em Portugal: a profissão / modelos profissionais como objecto de análise. Enfermagem. 23/24, (2ª Série) Jul/Dez, pp. 31-36

⁴⁸³ Basto e Soares (1999); Lopes (2001); Teixeira (2001); Basto e Magão (2001)

A análise é suportada por Basto⁴⁸⁴, quando refere ser “...inevitável que a investigação em enfermagem contribua para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem através da investigação sobre a prestação de cuidados de enfermagem – condição do cliente, intervenções de enfermagem e resultados dos cuidados de enfermagem (...)” (Cf. p.19).

Quanto aos **objectos de estudo** mais comuns nos estudos analisados, verifica-se que de acordo com o quadro nº 5 do anexo em referência, se encontra maioritariamente como objecto de estudo o «Estudante» (55) logo seguido de «Intervenção em enfermagem» (54) e «situação de saúde do utente» (46), o que se compreende por serem estudos realizados por professores, um número tão elevado de estudantes, mas em que se valoriza o facto destes professores estarem preocupados (aparentemente) com a essência da enfermagem, no que concerne ao sujeito de cuidados. Salienta-se ainda o facto de existirem, como objecto de estudo, os enfermeiros e os professores, respectivamente em 28 e 22 estudos.

Apesar dos estudos analisados serem exclusivamente de professores de enfermagem, visto terem sido solicitados às Escolas Superiores de Enfermagem, verifica-se a preocupação com objectos de estudo que se situam essencial e primordialmente na acção pedagógica e na acção cuidativa dirigida aos diferentes sujeitos da acção (estudantes e clientes).

Uma das formas de olhar para a referida sistematização pode passar pela referência à associação entre as **áreas temáticas** e os **objectos de estudo**, é o que se procura ilustrar no quadro nº 6 (da mesma nota, p.87), verificando-se que existem quatro “linhas” de continuidade de áreas temáticas, pelos diferentes objectos de estudo, que são as que apresentam maior transversalidade - as representações sociais, a profissão, as componentes da disciplina e os cuidados de enfermagem a pessoas de diferentes grupos etários.

A diversidade teórica mobilizada pelos enfermeiros é de facto grande e pode ter sido um contributo importante em determinada fase da construção dos saberes em enfermagem, mas em que na actualidade se torna prioritário sistematizar e organizar os referidos saberes, não numa perspectiva “isolacionista”, mas sim construtivista e compreensivista.

Neste conjunto de trabalhos analisados, emergem das diferentes **bases teóricas**, aquelas que se constituirão como pressupostos para a construção dos saberes, na perspectiva de uma lógica da racionalidade técnica, para uma lógica mais centrada na escola do cuidar. Esta análise é ilustrada por uma maior predominância das bases teóricas suportadas pelas Ciências de Enfermagem e, nestas essencialmente pelo conceito de cuidar, outros conceitos inerentes ao cuidar e ainda pelos modelos conceptuais em enfermagem.

É de considerar que de acordo com Gortner⁴⁸⁵ (1986)”(...) a aliança com outras disciplinas, primeiro com a medicina e com a Educação e mais tarde também com as Ciências Sociais, teve implicações importantes para a tecnologia e métodos de investigação”(p.35).

⁴⁸⁴ Basto, M. L. (1998). Evolução da investigação em enfermagem em Portugal. Pensar Enfermagem.

⁴⁸⁵ Soares, I. e Basto, M.L.(1998). 10 anos de investigação em enfermagem em Portugal

Os estudos de doutoramento, em áreas que não de enfermagem, determinaram que os enfermeiros trouxessem para a investigação os problemas e as técnicas que se utilizavam nos doutoramentos em sociologia, antropologia, biologia, psicologia, epidemiologia, entre outros.

Também a diversidade de metodologias utilizadas pelos enfermeiros no desenvolvimento da investigação permite uma análise interessante a partir dos **métodos** utilizados, seguindo-se a relação entre os **métodos** e as **temáticas trabalhadas**. Na análise produzida, verifica-se uma predominância dos métodos descritivos (20) e analíticos ou em associação (34), o método exploratório (52), que pode indicar de facto a importância de uma primeira fase da construção teórica, no âmbito do isolamento de factores (Dicoff & James), sendo ainda pouco utilizados, os etnográficos (4), os estudos de caso (14) e os de orientação fenomenológica (19).

As influências das Ciências Sociais fizeram-se manifestar naquilo que Cushing (1994) refere como o desencantamento com a abordagem quantitativa e com a noção de cuidar como algo prescritivo, rígido e mensurável, procurando outra via para o conhecimento, no terreno das ciências sociais. Os esforços das enfermeiras para utilizar o que as ciências sociais têm para oferecer à investigação em enfermagem, manifesta-se no debate académico sobre a fusão da abordagem quantitativa e da abordagem qualitativa.

Nesta micro-análise, verifica-se na década de 90 em Portugal, um aparente equilíbrio no que concerne às **abordagens**, conforme quadro nº 9 da nota em referência (p.88), onde surgem 67 estudos classificados como de abordagem qualitativa e 59 de orientação quantitativa, sendo de relevar a existência de 37 estudos que seguiram a abordagem Quantitativa-qualitativa.

As **técnicas** utilizadas pelos autores destes estudos, são muito diversificadas, sendo importante para perceber uma certa evolução na abertura a novas formas de produção de saberes a partir de formas diferentes de os sistematizar.

Pelo quadro nº 10 (na referida nota, p.88), identifica-se nos estudos analisados, a grande ênfase nas técnicas de questionamento, em detrimento das técnicas de observação, que começam no entanto a ser utilizadas⁴⁸⁶, o que está também de acordo com os métodos utilizados antes referidos.

A perspectiva de que as componentes profissional e académica se interrelacionam a partir da noção de que o saber de enfermagem se vai construindo, tal como noutras disciplinas, com o contributo de enquadramentos conceptuais e teorias desenvolvidos noutras áreas do conhecimento, é uma das premissas desta investigação.

A própria disciplina de enfermagem já identificou os seus conceitos principais, assim como alguns modelos conceptuais e teorias de médio alcance (Swanson, 1991).

⁴⁸⁶ De que se destacam os estudos realizados por Abreu, Costa e Amendoeira

A dimensão relacional dos saberes é cada vez mais essencial na enfermagem, pois “o enfermeiro interage (interacção) com um ser humano numa situação de saúde / doença (cliente de enfermagem), ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio cultural (ambiente) e que está a viver uma **transição** ou a antecipação de uma transição. As interacções enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de cuidados⁴⁸⁷) e o enfermeiro utiliza algumas acções (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde”(Cf., Meleis, 1991, p.101).

Por referência a Bergman⁴⁸⁸, a síntese a fazer é que:

- o início da investigação em enfermagem em Portugal situa-se nos anos 70, quando nos EUA se tinha iniciado nos anos 50;
- em relação ao conteúdo, ao longo de cerca de três décadas mantém-se a predominância de estudos sobre «quem são as enfermeiras», questões pedagógicas e de administração, embora haja já trabalhos sobre «o quê» da enfermagem desenvolvidos no âmbito dos Cursos de Especialização em Enfermagem) e se iniciem estudos sobre valores;
- em relação à metodologia mantém-se a predominância de estudos descritivos, raros experimentais e raríssimos fenomenológicos;
- em relação à logística, mantém-se uma forte utilização de recursos humanos, embora se recorra cada vez mais à informática, essencialmente nos estudos quantitativos.

Basto apontava em 2001, a previsibilidade do aumento da utilização de metodologias menos dependentes do contexto em que os estudos sejam realizados mais de acordo com o problema em estudo. É desejável o incremento da investigação / formação / acção, como facilitadora da teorização em enfermagem, pela identificação de conceitos utilizados na prática de enfermagem e da sua mensuração. É imprescindível o aumento de colaboração entre escolas e serviços na realização de estudos sobre «o quê» e o «como» da enfermagem. Os estudos sobre a relação enfermeiro – cliente, devem também ser promovidos.

Estas perspectivas enquadram-se nas indicações sugeridas pelo ICN em 1996, que consideravam a inevitabilidade de que a investigação em enfermagem contribua para o desenvolvimento do conhecimento através da investigação sobre a prestação de cuidados e resultados dos cuidados de enfermagem.

Pelos dados anteriormente apresentados relativamente à investigação verifica-se que a mesma resultou essencialmente das necessidades académicas inerentes à integração na carreira docente do ensino superior politécnico, considerando-se que esta situação é devida essencialmente a dois grupos de factores: o estágio de desenvolvimento e a dimensão das Escolas Superiores de Enfermagem. Sobre o estágio de desenvolvimento destaca-se o

⁴⁸⁷ Amendoeira define este processo de interacção entre um profissional e a pessoa cuidada, sendo que o primeiro tem a segunda como centro de uma intenção de cuidar, diagnosticando as necessidades, que depois de validadas são organizadoras do cuidado que o profissional executa e controla, próximo do sujeito do cuidado.

⁴⁸⁸ Bergman, R. (1990). Priorities in nursing research: change and continuity, in: Nursing Research in Nursing practice, an international perspective. London, Chapman and Hall

facto de, só muito recentemente começar a existir um número razoável de enfermeiros com o grau de Mestre e alguns com o grau de Doutor. Sobre a dimensão das escolas pode afirmar-se, que a generalidade das mesmas está essencialmente centrada na formação de profissionais de enfermagem e, que não têm dimensão para, isoladamente, desenvolverem investigação de forma sistemática⁴⁸⁹. As Escolas Superiores de Enfermagem têm entre outras funções, desenvolver investigação na sua área específica de intervenção, essencialmente no desenvolvimento da disciplina e da profissão e assim contribuírem para a saúde e o bem-estar dos utentes. Quais as razões que mantêm actuais as questões formuladas por Sousa em 1983? (Cf. p.241 desta tese). Ao verificar o que se passa no contexto académico, constata-se que uma das hipóteses de solução passa pela criação de Unidades de Investigação ou Núcleos de investigação. Da auscultação, não sistemática, acerca da existência destas estruturas nas Escolas Superiores de Enfermagem, identifica-se uma Unidade de Investigação de maiores dimensões que agrega as quatro escolas oficiais de Lisboa, uma unidade de investigação na Escola Superior de Enfermagem de Dr. Ângelo da Fonseca e outra na Escola Superior de Enfermagem S. João do Porto. Existem ainda algumas iniciativas individuais de professores de enfermagem que integram as Unidades de Investigação em Universidades, sendo uma das vias a explorar no sentido do desenvolvimento da investigação pura.

⁴⁸⁹ Cf. Conselho de Presidentes dos Conselhos Directivos /Directores das ESEnf. Investigação em enfermagem: definição de linhas e estratégias de desenvolvimento. Documento mimeografado, 30.11.2000, 2 páginas

CAPÍTULO 3 O ENSINO DE ENFERMAGEM NO POLITÉCNICO. OPORTUNIDADE OU CONSTRANGIMENTO À EVOLUÇÃO DA DISCIPLINA?

Desde a década de 60, que a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional foi uma expectativa constante por se considerar ser este um factor exógeno à profissão, mas que contribuiria para o desenvolvimento dos saberes e consequentemente a melhor qualidade dos cuidados prestados por profissionais competentes. Primeiro, falava-se da integração ao nível do ensino técnico, sendo este nível a referência legal para o ensino de enfermagem.

Nos anos setenta, na sequência da produção de relatórios, pareceres e «*expectativas*» essencialmente dos profissionais de enfermagem, mas onde outros profissionais também reconheciam a função e o estatuto social da enfermagem, passou a equacionar-se a integração ao nível do Ensino Superior, mas em que a decisão política tardou em chegar.

De acordo com Grácio (1992, p.201), “o «ensino superior de curta duração» estava previsto desde 1968, tendo sido criados, nesse mesmo ano, bacharelatos nas Faculdades de Ciências e de Letras”. Especialmente destinados à formação de professores do ensino secundário, procuram responder à carência de professores para aquele nível de ensino e à crescente feminização destas faculdades. O Projecto de Estatuto da Educação Nacional de 1969, apresentado pelo Ministro Galvão Teles, prevê a existência de escolas não universitárias em paralelo com as Universidades (Rosa, 1993), onde se poderia incluir a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem, embora nunca tenha vindo a adquirir esse estatuto. No ano seguinte, José Hermano Saraiva, o novo Ministro da Educação, envia à Câmara Corporativa uma proposta de lei para a criação do ensino superior politécnico.

Neste período assistia-se a um alargamento da rede de escolas de enfermagem, mas que tinham como missão formar auxiliares de enfermagem (aproximando-se mais do nível técnico que tinha sido extinto) e não enfermeiros, não sendo por este motivo apelativo para os jovens candidatos. Uma das questões que era colocada na altura tinha a ver com as habilitações de entrada, existindo pontos de vista diferentes no que respeita a esta questão. Uns equacionavam o facto de que as habilitações literárias baixas seriam facilitadoras da procura e do acesso, enquanto outros se posicionavam pela necessidade de aumentar a exigência de habilitação de entrada, o que se constituiria como uma mais valia para o aumento da procura do ensino. Poder-se-ia ler aqui uma tentativa de aproximação às condições de acesso ao ensino superior?

No entanto, as condições sociais e políticas não eram facilitadoras da integração no ensino superior, por factores que se relacionam com as questões do género, com a existência de relações de poder na perspectiva da dominação/subordinação, com uma lógica de formação que tinha ainda dificuldade em afirmar-se como possível de acontecer no contexto escola enquanto organização educativa, e não como serviço dos hospitais e onde a centralidade dos saberes começava a questionar-se a partir de um objecto idêntico ao da medicina, mas em que o foco passava a ser a pessoa saudável ou doente e não a doença em si.

Na análise que tem vindo a ser produzida é o momento de questionar, para além do contexto, as oportunidades e os constrangimentos ao desenvolvimento da disciplina de enfermagem, em ordem ao subsistema universidade ou ao subsistema politécnico, assumindo-se, no entanto, a condição legal da integração do ensino de enfermagem no subsistema politécnico.

Enfatiza-se a análise das oportunidades e/ou constrangimentos ao desenvolvimento da disciplina, no contexto actual.

Em 1979⁴⁹⁰, pela primeira vez foi tomada a decisão política de integrar o ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do ensino politécnico⁴⁹¹, o que veio a acontecer de facto só no final da década de 80 (dez anos depois). Mas da integração política à integração efectiva, o percurso não tem sido fácil.

Neste período, destaca-se a discussão em torno do subsistema em que deveria ter ocorrido a integração, apontando as razões dos que defendem a integração na universidade e quem defende a integração no politécnico.

Os que defendem (desde sempre) a integração na universidade, baseiam este posicionamento na construção da autonomia profissional que se imporá, a partir da “...formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção”⁴⁹², considerando ser na universidade que os enfermeiros encontrarão as condições mais favoráveis ao desenvolvimento da metodologia científica, da investigação, bem como a uma aprendizagem interprofissional, a partir da tríade: educação,

⁴⁹⁰Documento oficial do Secretário de Estado da Saúde ao GEPS – Política Nacional de Formação em Enfermagem.”(...) o Prof. Dr. Cayolla da Mota deverá remeter a este Gabinete toda a documentação do Conselho da Europa que vise a formação de Enfermeiras, nomeadamente o último «acordo Europeu sobre a formação de Enfermeiras» e a posição daquele conselho sobre a inserção do ensino de enfermagem no ensino superior curto” (p.2).

⁴⁹¹Ofício nº 12249. dirigido à Sr^a. Chefe de Gabinete de S. Exc^a. o Secretário de Estado do Ensino Superior, com despacho de conhecimento ao INSA.DE.E. Carreira docente de enfermagem, (p.4).

⁴⁹² artº 5. do Decreto Lei nº 353/99 de 3 de Setembro

prática e investigação, como terreno propício à formação de enfermeiros e outros técnicos de saúde⁴⁹³.

Na legislação que parece ser permanentemente actualizada, por mais que se procure a distinção entre o politécnico e o universitário, não se encontram diferenças efectivas e consistentes, a não ser um apontar para um carácter mais directamente profissionalizante do ensino politécnico, o que equivale a afirmar que o ensino universitário será menos profissionalizante, remetendo para o carácter político nas decisões sobre o subsistema em que determinada formação se insere (Nota I, p.89).

Uma das questões a colocar é que se continua a preparar de forma isolada, profissionais que são posteriormente chamados a responder à multidimensionalidade da saúde, quando a lógica seria aproximar desde a formação inicial determinados grupos profissionais, essencialmente os enfermeiros e os médicos.

Esta é portanto a questão de fundo, no que concerne aos saberes e à epistemologia destes, na medida em que continuando a existir uma perspectiva paternalista entre a medicina e a enfermagem, pelas razões antes apontadas – o género e as relações de poder suportadas no diferente saber, parece estar-se perante um ciclo que interessa de facto romper, pela lógica do progresso de integração já antes referido.

E se assumem esta posição não é porque defendam a passagem da formação em medicina para o subsistema politécnico, mas que pelo contrário, suportam a integração do ensino da enfermagem na Universidade.

Costa aponta como constrangimentos ao desenvolvimento do ensino de enfermagem no cenário em que ocorre actualmente, sugerindo a existência de uma espiral evolutiva e quase redundante (é já uma imagem diferente da de um ciclo vicioso?) “...menos recursos humanos/menor capacidade de trabalho científico; menos investigação/ menor construção do saber; menos construção do saber / Menor autonomia científica; menos autonomia científica / Menor visibilidade social do trabalho dos enfermeiros; menor visibilidade social do trabalho dos enfermeiros / menos reconhecimento social (...)”(1999, p.15). Mas serão estes, constrangimentos específicos do ensino superior politécnico?

E o inverso? O ensino de enfermagem pode de algum modo servir os objectivos de consolidação do Ensino Superior Politécnico e, particularmente os Institutos Politécnicos⁴⁹⁴?

Aníbal Santos (1999) considera que sim, na medida em que se reconheça que o conhecimento acumulado do ensino de enfermagem dá corpo a uma das dimensões mais

⁴⁹³ Sousa, M.D. (S. data) L'infirmier de l'avenir: sa formation, In: Commission des Communautés Européennes. Soins de santé et formation des infirmiers au XXI siècle. Rapport EUR 12040 FR

⁴⁹⁴ Santos, Aníbal Custódio dos Santos (1999). O ensino de enfermagem em Portugal. Perspectivas actuais e futuras. Revista Sinais Vitais, (Nº 27), Novembro.

valorizadas do Ensino Superior Politécnico, a proximidade às comunidades e as estratégias potencializadoras da articulação teórico-prática.

Considera, no entanto, que a especificidade do modelo de formação em enfermagem não é valorizado, na medida em que o contexto formativo, dos enfermeiros e de outros profissionais não é sobreponível, pois os médicos, os psicólogos, os sociólogos, os economistas, as assistentes sociais, são formados em escolas de Ensino Universitário e não de Ensino Politécnico. Por outro lado, as estruturas de saúde enquanto campos de estágio para os diferentes estudantes, têm maior afinidade com as Universidades do que com os Politécnicos.

Estas questões reforçam a reflexão antes produzida acerca da necessidade de distinguir entre medicina e saúde e que aqui aparece duplamente confusa, na medida em que parece sugerir *dois níveis de saúde*. Um dos níveis (1) em que os diferentes agentes (não enfermeiros) são formados na universidade e colaboram na formação de enfermeiros e apenas os enfermeiros são formados no politécnico e actualmente com a tentativa de aproximação a um outro nível (2) da intervenção em saúde, mais no âmbito da tecnologia e onde a perspectiva reducionista na formação impera, sendo um desafio conciliar formações de orientação díspar, com uma lógica integradora, mas em que a disciplina de enfermagem pode fortalecer a dimensão humanista e centrada na pessoa como sujeito de cuidados.

A enfermagem é historicamente uma profissão de saúde, existindo nesta área uma lógica de equipa, até pela complexidade que as decisões implicam cada vez mais. Este é também um dos factos apontados pelos defensores da formação em enfermagem ao nível da Universidade, na medida em que a formação em conjunto, traria uma qualidade acrescida ao desempenho profissional, com todos os intervenientes a desenvolverem o respeito máximo pelo sujeito da acção de cuidar.

Importa reforçar que o que interessa discutir não é a integração pura e simples «aqui ou ali», mas antes compreender de que forma sedimentar um vasto campo de saber em enfermagem e, nesta medida encontrar formas diferenciadas de o fazer independentemente dos contextos onde a integração ocorra.

A integração que se defendeu durante décadas, preconizava uma outra dimensão de grande importância, que se centrava na partilha e no contacto com outros professores, com outras disciplinas, tidos como formas de enriquecimento, mas que na perspectiva dos defensores da integração na Universidade, é este o contexto adequado, na medida em que no Politécnico não se encontrarão os contactos com as disciplinas (áreas de conhecimento) que mais têm contribuído para a construção da disciplina de enfermagem (Biologia, Química, História, Sociologia, Psicologia, Anatomia, Patologia, e outras). **JÁ NÃO É ASSIM**

O facto a analisar é a integração do ensino de enfermagem no subsistema politécnico, que pese embora ser uma constatação, sê-lo-á do âmbito mais normativo, na medida em que os

que concordam com esta decisão, assumem-no mais com um sentido tácito e estratégico, do que propriamente com o reconhecimento *de jure* desta situação.

Falta, no entanto, concretizar a integração numa perspectiva de parceria activa no Ensino Superior Politécnico, para que se possa desenvolver um verdadeiro caminho de emancipação para a “ autonomia sustentada “ não apenas no reconhecimento exterior duma realidade efectiva (as Escolas Superiores de Enfermagem são escolas politécnicas *não integradas* desde 1989), mas essencialmente alicerçar na consciência prática, aquela que é a consciência discursiva tanto dos enfermeiros como dos responsáveis políticos pelas tomadas de decisão inerentes ao desenvolvimento desta integração.

O número crescente de alunos em formação no Ensino Superior Politécnico, está aparentemente relacionado com os elevados índices de empregabilidade imediatamente após a conclusão dos cursos, com benefícios implícitos para o desenvolvimento local e regional mais do que com a melhoria da representação social deste subsistema.

Na actual proposta de legislação⁴⁹⁵ continua a existir uma diferenciação que poderá constituir-se como constrangimento ao desenvolvimento das disciplinas, pois ao definir em letra de lei que a investigação decorrerá no ensino universitário e a experimentação no ensino politécnico, aliado à descontinuidade entre os dois subsistemas de ensino, pode constituir-se como constrangimento ao desenvolvimento das profissões como disciplinas do conhecimento, o que continuará a acontecer se persistir a impossibilidade de desenvolver o grau de doutor a nível do politécnico. A serem diferenciados os contextos para a investigação, como desenvolver a componente académica se não se investe a não ser na experimentação de resultados obtidos a partir e através de outras áreas do saber?

A evolução da profissão e da disciplina de enfermagem aconteceu numa lógica que tem a ver com os contextos, os saberes e os actores, integrando-se o financiamento como variável transversal. A Enfermagem é hoje uma disciplina do conhecimento em crescente consolidação, com investigação própria que cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados, o que se enquadra no conceito de ensino universitário. É que, de modo distinto, o subsistema politécnico, centra-se apenas, no estudo da aplicação do conhecimento produzido pelas disciplinas do sub-sistema universitário⁴⁹⁶.

O processo de construção de uma profissão e de uma disciplina passa pela interdependência dos três domínios referidos antes, não sendo esta lógica exclusiva da profissão e da disciplina de enfermagem.

⁴⁹⁵ Lei de Bases da Educação em circuito legislativo. Em 28 de Abril de 2005, foram propostas pelo XVII Governo Constitucional, alterações à actual Lei, no âmbito da adequação ao Processo de Bolonha.

⁴⁹⁶ Documento de discussão proposto pela Ordem dos Enfermeiros, para reunião de docentes de enfermagem, que decorreu em Coimbra no dia 18 de Setembro de 2003.

Importa reforçar a referência ao início da década de 70, pois é nesta altura que se dão os primeiros passos no sentido da criação do ensino superior politécnico em Portugal (Simão e Costa, 2000), medida que surgiu da profunda crise do ensino universitário, iniciada nos anos 60 e propagada aos anos 70.

Segundo Roberto Carneiro⁴⁹⁷ refere, a problematização das questões da educação coincide com grandes interrogações e numa perspectiva de globalização, generalizando-se um sentimento de geração de transição. Nesta perspectiva valoriza-se a influência estrangeira também exercida a este nível na enfermagem e de que se releva a posição defendida pela OMS⁴⁹⁸ "(...) a profissão de enfermagem teria interesse em estudar as possibilidades que oferecem as diferentes universidades para instaurar um programa para formar enfermeiros professores, administradores e investigadores..." (p. 3).

Muitos dos críticos da manutenção dos dois subsistemas, colocam a dúvida da eficácia da manutenção dos mesmos, na medida em que não havendo diferença substantiva naquilo que a legislação aponta como distinto, não basta continuar a proclamar a paridade, para que a situação seja encaminhada.

O Estado, os estudantes, os professores, as organizações sindicais, os profissionais, as políticas, internacionais (OCDE, Banco Mundial), em resultado da relação de forças entre elas fazem emergir o projecto do ensino politécnico caracterizado, desde o início, por uma certa ambiguidade (Cf.Seixas, 2003).

O ensino de enfermagem, que aspirava à integração no Sistema Educativo Nacional desde longa data, foi crescendo marginalmente ao chamado ensino médio, na medida em que se foi aproximando das características deste. Quando o ensino superior de curta duração foi criado para substituir o antigo ensino médio, conferiu-lhe de acordo com Lourtie (1989) uma certa ambiguidade na medida em que este tipo de ensino se propunha formar o mesmo tipo de diplomados que o ensino médio. Ainda segundo Lourtie, "esta contradição resultará de uma concepção de alguns responsáveis pelo Ministério da Educação da altura, para quem justificaria criar o Ensino Superior Politécnico por não ser possível, por razões políticas, recriar o Ensino Médio" (p.234). Também Sérgio Grácio acentua a ideia da ambiguidade do ensino superior politécnico, quando o considera "um ensino definido mais pela negativa, não tanto pelo que é, mas pelo que não é e que no entanto não parece longe de poder ser"(1992, p.204).

A Resolução do Conselho de Ministros de 4 de Dezembro de 1998 vem trazer uma nova ênfase à discussão, na medida em que para além da reafirmação da integração do ensino no

⁴⁹⁷ Cf.Carneiro, Roberto (1997).A questão do ensino: os desafios actuais. In: Proença, M.C. (org). O Sistema de ensino em Portugal. Séculos XIX e XX, (p. 99.

⁴⁹⁸ Relatório de participação em *Symposium* sobre o ensino superior de enfermagem elaborado por Maria Isabel Soares. Decorreu em Haia de 30/10 a 3 /11 de 1973.

subsistema politécnico, introduz uma alteração ao modelo de formação em enfermagem, recentemente legislado pelo Decreto Lei nº 353/99, de 3 de Setembro e das Portarias⁴⁹⁹ que o regulamentam.

A integração do ensino de enfermagem no subsistema do Ensino Politécnico, é uma realidade desde há quinze anos, continuando a valorizar o desenvolvimento de metodologias e estratégias conducentes à aquisição de competências profissionais. E fazê-lo de forma adequada à realidade, promovendo neste sentido o pensamento complexo, inerente à acção de cuidar, como tem vindo a ser explicitada.

Torna-se para isto essencial, analisar a intenção profissionalizante da Missão do Ensino Superior Politécnico, sem obviar no entanto os objectivos associados, genericamente à sua condição de ensino superior (Nota II, p.89).

Importa reflectir esta questão para além do ensino de enfermagem, na medida em que os constrangimentos que se podem considerar em relação a este sub-sistema de ensino se identifiquem por referência a ele mesmo, à sua génese e desenvolvimento, e não com o ensino de enfermagem que por decisão política nele foi integrado, num tempo que nem sequer foi útil, pela espera em que se constituiu.

Isto, porque as decisões nas políticas de educação que interessam às Universidades, parecem ser mais claramente definidas e mais rapidamente postas em acção, enquanto as políticas relativas ao resto do ensino superior parecem não ter tanto êxito⁵⁰⁰.

A diferenciação entre o ensino superior universitário e politécnico não fica, pois, bem estabelecida. Esta ambiguidade é mesmo reforçada pelo facto de alguns estabelecimentos de ensino médio terem sido integrados em instituições universitárias.

Atravessou-se um período de discussão e debate público (em muitos países) acerca da reformulação do ensino superior, naquilo que são as alterações nas suas formas de organização e gestão muito em particular nas vertentes de investigação, prestação de serviços e formação⁵⁰¹.

Na agenda política da actualidade, a construção do Espaço Europeu da Educação, a partir do desenvolvimento do processo de Bolonha, permite colocar a questão sobre se o sistema binário português resistirá ao desenvolvimento deste processo. A ambiguidade do ensino superior politécnico, veio reforçar-se com a alteração proveniente da Lei 115 /97, que possibilitou ao ensino superior politécnico conceder o grau de licenciatura e das suas escolas poderem ser integradas em universidades, contribuindo assim para a indefinição institucional do ensino politécnico. Pergunta-se, o que falta para que no Ensino Politécnico

⁴⁹⁹ Portarias nº(s) 799-D; 799-E; 799-F e 799-G de 18 de Setembro de 1999

⁵⁰⁰ Seixas, Ana Maria (2003). Políticas educativas e ensino superior em Portugal. Quarteto, p.87, que cita “relatório da OCDE em 1983/4 – *Exame da Política Educativa de Portugal*”, (OCDE, 1984, p.75).

⁵⁰¹ Gago, José Mariano (Coord.) (1994). Prospectiva do ensino superior em Portugal. Estudo realizado pelo Instituto de Prospectiva, (p. 203).

se possam também desenvolver os graus académicos de mestre e doutor, única possibilidade deste sistema de ensino se desenvolver não à imagem da Universidade, mas com uma imagem própria que esbata o referido carácter de ambiguidade?

Os críticos à integração no politécnico, quando procuram ilustrar as vantagens do ensino universitário na perspectiva do desenvolvimento da disciplina, fazem-no referindo que o que serve ao desenvolvimento de uma profissão «científica», passa por reconhecer aos enfermeiros a qualificação para o desenvolvimento de um trabalho técnico-intelectual onde a concepção passe a estar interrelacionado com a execução. Esta é uma inovação no modelo de formação que é de há muito utilizada, conforme analisado antes a propósito das fontes e uso dos saberes dos enfermeiros.

O ensino de enfermagem durante muitos anos, tal como a formação no geral, apostou no desenvolvimento de competências cognitivas dos indivíduos, numa lógica de desenvolvimento individual, onde importava essencialmente desenvolver capacidades cognitivas em cada um dos actores em acção, passando cada vez mais para uma outra dimensão. Esta prende-se com a qualidade da organização e com a qualidade das interacções, (e de acordo com a valorização da estrutura) mais do que com a rapidez das operações elementares que cada um consiga ou não, desenvolver através dessa mesma qualificação. Isto refere-se à procura de uma melhor qualidade naquilo que é a prestação de serviços à comunidade⁵⁰².

Num período da sociedade portuguesa rico em mudanças sociais, aos enfermeiros passou a ser reconhecida uma formação de nível superior, mantendo-se a importância da mesma em relação estreita com a profissão, sugerindo-se no entanto, o seu desenvolvimento a partir de uma disciplina forte, como os enfermeiros têm vindo a preconizar.

Vive-se hoje na lógica da sociedade do conhecimento, em que a transdisciplinaridade, a que Caraça associa a imagem de um arquipélago dos saberes, parece ser irrelevante que a construção da disciplina se faça num subsistema ou noutro. Existe a convicção cada vez mais generalizada, que à sociedade é cada vez mais essencial a existência de uma profissão de enfermagem capaz de contribuir para a resolução dos problemas das pessoas, em cenários que vão desde o domicílio ao hospital e com intervenções desde a prevenção à cura e à recuperação de um grau de independência que (re)permita à pessoa viver com o mais elevado nível de bem estar. Este desiderato atingir-se-à muito pelos saberes relacionais, que necessitam ser sistematizados em saberes disciplinares reconhecidos no seio das profissões de saúde e, isto só é possível pelo desenvolvimento da investigação.

Nesta perspectiva é a própria sociedade e comunidade científica que deverá fomentar o desenvolvimento da aprendizagem de competências inerentes à orientação para o cuidar / curar, capazes de responder às necessidades identificadas com as pessoas, saudáveis ou

⁵⁰² Em relação à nota 501, Mariano Gago, (Ib. p. 215).

doentes, ou em transição para um qualquer destes estados relativos. Esta é uma perspectiva que desenvolve modos diferentes de *pensar a enfermagem*, contribuindo para a clarificação e desenvolvimento de uma disciplina académica, embora integrando a componente profissional da mesma.

Neste contexto, e para se compreender o mais adequadamente, qual o acesso a esta formação e quais os profissionais envolvidos, trabalhar-se-á na parte seguinte o domínio dos actores, iniciando-se pelo acesso e percurso de estudante a profissional. De acordo com Resende e Vieira (1992) a comprovar-se noutros estudos a distinção sociológica (entre os estudantes que procuram e entram no ensino universitário e os que têm acesso ao politécnico), não é absurdo afirmar existem duas vias (cada qual por sua vez internamente hierarquizadas), para acolher alunos de meios sociais diferentes, consolidando, deste modo, o valor simbólico atribuído ao espaço universitário comparativamente ao menor crédito reconhecido ao politécnico. A este propósito, Balsa e outros (2001) concordam que existe uma hierarquização das vias e títulos escolares, correspondendo a condições de escolarização de diferente prestígio, determinadas pelo nível de selectividade, da tradição académica, da composição social dos alunos ou da rentabilidade do diploma conferido, constituindo-se algumas destas dimensões, factores sociais a analisar na próxima parte desta tese.

Balsa e outros (2001)⁵⁰³, consideram que o acesso ao ensino superior se diferencia em função de factores variados (os subsistemas, as instituições, os cursos,...). Ingressar numa Universidade de Lisboa ou do Porto não é o mesmo que aceder a um curso de um instituto politécnico do interior. A primeira compreende um capital simbólico mais elevado, considerando por este motivo que o ensino superior constitui um sistema fortemente estratificado, no qual as classes mais altas tendem a ocupar os recursos mais raros e prestigiosos. E isto na medida em que foram identificadas por este autor diferenças entre as instituições universitárias e as do politécnico. Nas primeiras predominam os cursos de licenciatura e de maior duração e, nas segundas existem cursos de bacharelato e de licenciatura, com a tendência para os cursos deterem uma menor duração.

O Processo de Bolonha introduzirá a harmonização quanto à duração dos ciclos, em que aparentemente a diferenciação ocorrerá pelas áreas de formação e não pelo Subsistema em que as mesmas ocorrem. Resta perceber se, por exemplo na área da saúde, a premissa de que o ciclo de formação inicial da medicina poder ser mais longo, é aplicável à formação em enfermagem, ocorrendo esta no Ensino Superior Politécnico.

Associa-se também a esta representação o facto da orientação dos cursos universitários ser mais teórica e abstracta, enquanto que no politécnico os cursos tendem a constituir-se

⁵⁰³ Balsa, Casimiro e outros (2001). Perfil dos estudantes do ensino superior. Desigualdades e diferenciação. Lisboa, Edições Colibri. CEOS/Inquéritos-1

numa base mais técnica e pragmática. É esta dimensão que importa valorizar na cena política actual, onde a economia é uma dimensão importante a considerar.

Ainda de acordo com os autores referidos, o subsistema politécnico público apresenta-se como «estabelecimento refúgio» (cf. p.83), para muitos dos que não conseguiram entrar nas universidades públicas. Contudo, a percentagem de estudantes a frequentar o subsistema de candidatura de primeira opção é superior no ensino politécnico público por comparação com o ensino privado, o que indica que, apesar de tudo, existe uma maior percentagem de estudantes no politécnico que optou preferencialmente por este subsistema. Acerca do acesso e percursos do estudante de enfermagem, dar-se-á conta no primeiro capítulo da parte IV deste trabalho.

Síntese da Parte III - Dos saberes dos enfermeiros ao conhecimento em enfermagem

Nesta parte da tese analisaram-se e explicaram-se alguns dos momentos chave para compreender as transições ocorridas na segunda metade do século XX, quanto à construção social do currículo para formar enfermeiros na dependência de outros e o desenvolvimento da disciplina de enfermagem como organizadora dos curricula de formação em enfermagem, naquilo que se considera ser uma transição da disciplina de enfermagem de uma orientação exclusivamente profissional, para uma integração entre uma componente profissional e uma componente académica.

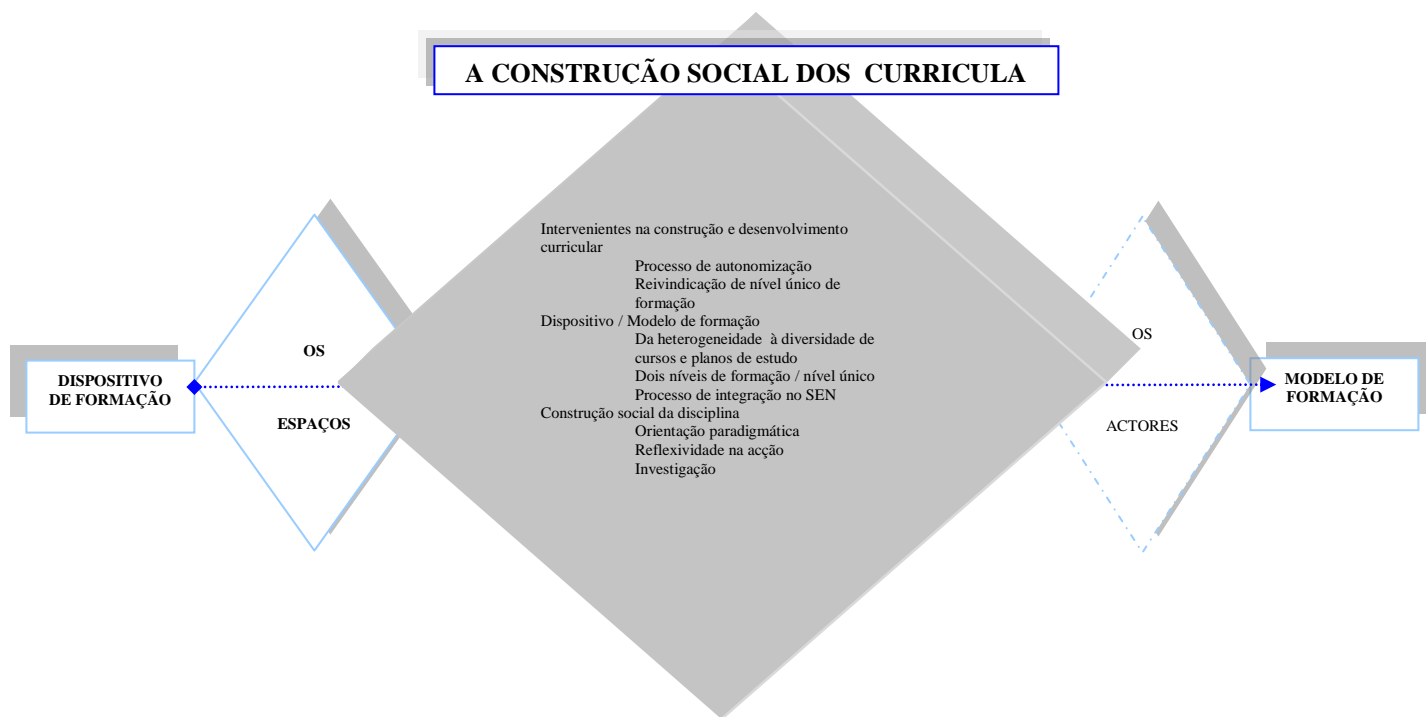


Figura nº 5 – Esquema das dimensões e tópicos no domínio «A construção social do currículo », no período entre 1952 e 2003

Intervenientes na construção e desenvolvimento curricular

- É com a formação das auxiliares de Enfermagem que às enfermeiras é reconhecida a capacidade de intervir na formação, primeiro como auxiliares de ensino e depois como monitoras.
- No final da década de 40, são os médicos que “inventam” o currículo dos cursos de enfermagem, mantendo um conjunto de saberes próprios da medicina, por forma a corresponder aos professores da medicina e da cirurgia e pelas necessidades cada vez mais complexas do trabalho hospitalar.
- A formação era essencialmente prática não existindo coordenação entre as aulas teóricas e práticas e o estágio, decorrendo os cuidados de enfermagem da abordagem médica, sem contextualização, numa dicotomia entre a concepção e a execução dos cuidados, sem fundamentação científica dos mesmos, fazendo questionar a existência de um conceito de cuidados de enfermagem.
- A metodologia de ensino situava-se essencialmente na forma de ensinar a matéria, considerando que a preparação de base era muito rudimentar, pelo que os professores partiam da experiência das alunas e seguiam o método indutivo, ajudando-as a reflectir sobre as suas próprias experiências.
- Na década de 50 a 1ª Comissão de Reforma no âmbito da Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, fez o esforço em reunir pela primeira vez entre nós um documento legal com todas as normas relativas ao ensino e ao exercício. Foi a primeira

intervenção formal dos enfermeiros na definição dos currícula, embora fossem os médicos que lideravam a Comissão. A definição das áreas disciplinares da responsabilidade dos médicos, potencia a subordinação e o não reconhecimento de cientificidade.

- Na reforma de 1952, ocorreu a introdução das *técnicas de enfermagem* como conteúdo disciplinar, constituindo-se num espaço de intervenção das enfermeiras, que como monitoras eram responsáveis pela abordagem.

- Em 1964 foi realizado um inquérito minucioso às escolas que contribuiu para a elaboração do plano de estudos de 1965, que apesar de elaborado sob a égide do Estado foi apresentado e discutido com as Direcções Gerais intervenientes e empregadoras e com uma consultora da OMS, o que levou o Ministério a concluir e a recomendar que o ensino passasse a ser efectuado a nível superior.

- No final da década de 60, e início da década de 70 inicia-se e desenvolve-se o movimento reivindicativo de um só nível de formação inicial. Começava a clarificar-se a diferença entre o que é ser enfermeiro e ser outro profissional de saúde.

- A autonomia terá começado quando os enfermeiros adquiriram esta capacidade de intervir no processo de construção curricular, pela definição do conteúdo e da forma – modelo de formação, a partir de 64.

- A partir de 1965 o assumir da responsabilidade dos enfermeiros docentes pelo ensino teórico e pelo ensino prático produziu a dicotomia na articulação teórico-prática.

- Nesta década de 60, ocorreram três factos sociais relevantes: a reforma do ensino em 1964; a formação de professores de enfermagem no estrangeiro e criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (EEAE).

- A EEAE constituiu-se numa das referências para a construção dos saberes em enfermagem, desenvolvendo uma filosofia educativa centrada nos formandos e desempenhando uma influência no processo de integração.

- O plano de estudos de 1976, organizado sob a total responsabilidade dos enfermeiros para além do catálogo disciplinar em que se constituía o anterior, passando o conteúdo a organizar-se mais centrado na saúde, no indivíduo, na família e na comunidade; organização em torno das grandes áreas de enfermagem; maior incidência das ciências sociais e humanas e iniciação à investigação. Quanto à forma, a pedagogia de aprendizagem substituíu a pedagogia centrada no ensino do professor e nas disciplinas acontecia uma melhor integração dos conteúdos teóricos na prática, com repercussões nos estágios.

- No final da década de 70, início da década de 80, os professores de enfermagem começavam a preocupar-se não apenas com o ensino dos cuidados de enfermagem, mas também com o desenvolvimento e aprofundamento dos fundamentos desses cuidados. Identificava-se uma participação cada vez mais visível dos enfermeiros na definição da

política de formação, no contexto das mudanças paradigmáticas na saúde e no desenvolvimento do Ensino Superior de Curta Duração, posteriormente Ensino Superior Politécnico.

- Em 1984 foi constituído um grupo de trabalho para o estudo da integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional .
- A integração ocorreu em 1988, reconheceu às escolas e aos professores a habilitação para conceber, organizar e desenvolver o currículo no âmbito do novo modelo de formação.
- Foram emanadas Linhas Gerais pelo DRHS, após a integração no ensino superior, para a elaboração do plano de estudos de 1990, que pode ser analisada numa perspectiva de manutenção da hegemonia do Estado, nesta matéria. Iniciou-se a diversidade e a diversificação inerente ao ensino superior.
- O maior desafio constituiu-se no reconhecimento às Escolas e por inerência aos professores, estudantes e outros intervenientes, da autonomia para a concepção, organização e desenvolvimento curricular.

Dispositivo de formação / Modelo de Formação

- Todo o período em estudo até 1976 foi caracterizado por uma heterogeneidade de cursos e planos de estudo, sendo clara a noção do papel controlador do Estado, no sentido da necessidade em reorganizar o ensino, promovendo desta forma o desenvolvimento do currículo pelo relacionamento entre os grupos e os indivíduos interessados no mesmo .
- Nas décadas de 40 e 50, o ensino de enfermagem estava organizado de acordo com o ensino técnico, com reforço da dicotomia entre a concepção e a execução.
- Eram identificados como constrangimentos ao desenvolvimento dos saberes: a dominação do grupo profissional dos médicos; o género; a existência de dois níveis de formação até 1975, a ênfase na formação de Auxiliares de Enfermagem, para execução de tarefas mais simples; a formação ocorrer até aí em escolas como serviços dos hospitais e o foco da disciplina confundir-se com o da medicina.
- O paradigma formativo caracterizava-se pela ausência de coordenação entre o ensino teórico e o ensino prático.
- No início da década de 60 ocorreu a criação da Inspeção Técnica de Enfermagem, embrião de todas as mudanças com a intervenção dos enfermeiros.
- Com a reforma de 1965, foram introduzidas importantes alterações, de que se relevam: maior equilíbrio ao longo dos três anos de duração; maior centralidade da disciplina de enfermagem; melhor integração das matérias teóricas e entre estas e as práticas e os estágios; melhor selecção dos campos de estágio e os alunos serem acompanhados em estágio, pelos monitores.

- A partir da década de 70 as condições de acesso eram iguais às do acesso ao Ensino Superior.
- Grande heterogeneidade de cursos, apesar da referência a um «plano único» desde a década de 50, mas que se vive mais objectivamente a partir da década de 70-nível único e plano de 77, Curso de Base/Cursos de especialização e curso de enfermagem complementar.
- A partir do plano de estudos de 1976 a multidisciplinaridade começa a ser uma realidade, a disciplina de enfermagem passa a ter um estatuto de diferenciação e autonomia no currículo, embora ainda com alguma distância da interdisciplinaridade essencial à complexidade crescente na saúde.
- Com este plano de estudos, abriu-se um campo de intervenção à enfermagem como área do saber no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, promotora da transição para um modelo de formação com maior capacidade de resposta às exigências da sociedade, pela capacidade de resposta da disciplina e da profissão.
- A partir da uniformização da formação inicial num único nível, com a formação especializada a ser organizada a partir de planos de estudo que procuravam constituir-se em conjuntos coerentes com a formação inicial e a enfermagem complementar, assumindo a diferenciação no que respeita à preparação para a área da gestão e do ensino, transitando-se de uma lógica da heterogeneidade para a diversidade. Esta caracteriza-se por responder melhor às necessidades dos alunos; dar uma melhor resposta às necessidades do mercado de trabalho; responder às necessidades dos enfermeiros enquanto grupo específico e aumentar a mobilidade social.
- O Ensino Superior Politécnico é criado no início dos anos 70, coincidindo nesta década o início do processo de integração liderado pelo Departamento de Ensino de Enfermagem, a partir do Decreto de Lei 427-B/77.
- A transição de uma lógica do plano único para uma diversificação de planos de estudo não terá sido completa no sentido de atingir a diversidade essencial ao ensino superior, na medida em que se caracterizou por uma tendência para inovar, embora reproduzindo o tradicional.
- A integração no sistema educativo nacional foi de grande expectativa, em relação à mudança paradigmática no Modelo de formação, que a investigação sobre o conteúdo da enfermagem pode trazer. O cuidado de enfermagem passou a ser considerado como conceito essencial à construção da disciplina, a partir de investigações realizadas no sentido de estudar o conceito de cuidar.
- O reconhecimento social e político da disciplina de enfermagem acontece com a possibilidade de acesso à sistematização e desenvolvimento de conhecimento, nas universidades. O reconhecimento social da profissão de enfermagem acontece a partir de

dois instrumentos essenciais, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e com a criação da Ordem dos Enfermeiros.

- Debate interessante, continua a ser o que advém da manutenção das ambiguidades em relação ao Ensino Superior Politécnico, que continua a definir-se «mais pelo que não é do que pelo que é», o que está para além da discussão importante sobre o processo de autonomização da componente académica, ao fazer-se pela investigação, estar mais próxima da universidade ou do politécnico, na medida em que a Universidade é socialmente reconhecida como local de produção do conhecimento..

- O debate sobre o processo de integração das Escolas é distinto do debate sobre a integração do ensino. Este está integrado no Ensino Superior Politécnico (ESP), aquelas podem estar integradas no ESP ou no Ensino Superior Universitário, embora como Escolas Politécnicas.

- O modelo de formação na actualidade, de orientação essencialmente humanista, em interacção com a dimensão tecnológica, tem criado conflitos emergentes da necessidade sentida pelos professores de enfermagem de distanciamento de uma orientação mais reducionista e profissionalizante, característica do Ensino Superior Politécnico.

Construção Social da disciplina

- Releva-se a importância atribuída à definição de fases históricas para análise da disciplina e da profissão, associando-se aos paradigmas que permitem analisar a fase da ciência da enfermagem – como campo disciplinar autónomo, com regras específicas que orientam as componentes académica e profissional da disciplina.

- No plano de estudos do Curso de Enfermagem Geral da reforma de 1952, foi introduzida a abordagem das ciências sociais e humanas, que contribuíram para a construção de um paradigma para além da orientação biomédica em exclusivo.

- Na década de 50 e década de 60 inicia-se o processo de construção da disciplina profissional, com a perspectiva de melhorar as condições do exercício, como forma também de promover a procura da formação.

- Os enfermeiros representantes dos Sindicatos Nacionais de Profissionais de enfermagem, propunham a clarificação do conceito de enfermagem, embora na lógica de uma profissão paramédica que se regeria por princípios e métodos próprios, na organização dos serviços, no ensino e no auxílio a prestar aos indivíduos para conservar, recuperar e manter um bom nível de saúde.

- Na reforma de 52, surgem as técnicas de enfermagem (conteúdo disciplinar) mantendo-se a concepção e organização do ensino de responsabilidade atribuída aos médicos e ao Estado.

- Os saberes médicos, continuavam a ser organizadores pois eram os únicos capazes de explicar o processo de saúde / doença. Até à década de 60, os enfermeiros assumiam a subordinação à medicina. Os cuidados de enfermagem surgem em função do modelo médico, o qual se organiza em torno de tecnologias de investigação e reparação das doenças.
- Em 1965 assistiu-se a nova reforma do ensino de enfermagem, em que a disciplina de enfermagem é valorizada como central ao desenvolvimento curricular, embora mantendo uma orientação biomédica, os conteúdos da patologia foram diminuídos a favor do aumento dos conteúdos de enfermagem. Iniciou-se uma maior ênfase na saúde, na sociologia e psicologia, bem como em conteúdos do âmbito da formação e da administração.
- O desenvolvimento tecnológico, e a ênfase na especialização, ocorreram a partir de elementos básicos utilizados na organização e controlo do trabalho, baseando-se esta na filosofia, ciência e tecnologia produzidas por outros. Os saberes técnicos adquiriram uma dimensão de capital cultural.
- Desde esta reforma que se verifica uma apropriação dos princípios humanistas na construção da disciplina, ganhos a partir da introdução das Ciências Sociais e humanas.
- Valorizavam-se nesta década os saberes práticos, embora mobilizando reflexivamente os saberes da ciência disponíveis, procurando recontextualizá-los nas diferentes situações de cuidados.
- Discutia-se a perspectiva teórica de que a enfermagem já não era exclusivamente curativa, ou exclusivamente preventiva ou de especialidades, procurando definir-se um novo conceito de enfermagem integrado, capaz de acorrer a todas as necessidades básicas do Homem, no campo da saúde e da doença, ajudando-o a realizar as actividades que ele próprio realizaria em condições normais.
- Em 1960, o Conselho Internacional de Enfermagem, adopta a definição de cuidados de enfermagem proposta por Virgínia Henderson.
- A valorização da saúde e da doença numa perspectiva central à pessoa, poderia indicar a génese de uma orientação para o cuidar curar?
- A investigação como “disciplina” e como “metodologia” é introduzida com a criação da EEAE, em que a ênfase acontece na aprendizagem da metodologia, e pouco na investigação sobre o conteúdo da enfermagem e dos cuidados de enfermagem. Começa a procurar-se uma dimensão intelectual dos cuidados de enfermagem.
- A investigação começa a fundamentar a produção e a difusão do conhecimento, com utilidade económica.
- Um dos constrangimentos apontados relaciona-se com a iniciação à investigação, que ocorria quase exclusivamente pela iniciação à aprendizagem da metodologia, o que terá conduzido durante muitos anos à dificuldade em ultrapassar o desenvolvimento da

investigação apenas como método e técnica, sendo necessário atribuir-lhe o estatuto de processo, no estudo dos problemas reais da enfermagem.

- Interessa compreender como é que a entrada dos enfermeiros nas Universidades, influenciou ou não a construção de um campo próprio de conhecimentos que possa ser considerado como área disciplinar.

- Ao considerar-se que o conhecimento necessita ser estudado a partir do que é essencial aos contextos e a partir das actividades de todos os dias, que os seres humanos desenvolvem no «seu mundo», o conhecimento só pode ser compreendido a partir do foco próprio e decorrente do seu contexto natural, pelo que é urgente que a investigação se desenvolva a partir do conceito de cuidado de enfermagem.

- No 1^a Congresso Nacional de Enfermagem em 1973, iniciou-se a abertura à discussão e conhecimento dos modelos teóricos de enfermagem. com ênfase na organização dos saberes, com propostas de esquema / modelo de formação em enfermagem.

- A discussão desenvolvida, suportava a dicotomia entre os que defendiam que a enfermagem devia tornar-se e desenvolver-se como Ciência e os que defendiam que a enfermagem devia manter-se como actividade dependente da medicina. Esta era uma discussão que se situava não só na «disciplina» mas também e essencialmente na «profissão», conduzindo mais tarde à importância de se compreender a relação dialéctica entre ambas. Estava em curso o processo de autonomização da enfermagem como ramo de especialização da medicina, que decorre até à actualidade.

- Na década de 80, começa-se a considerar de forma objectiva a disciplina de enfermagem com uma componente teórica, procurando definir e caracterizar o que são cuidados de enfermagem, o que é a enfermagem, continuando no entanto, a existir a necessidade de identificar o organizador dos curricula, na medida em que os programas continuaram a seguir uma orientação tradicional de concepção dos cuidados de enfermagem centrados no Hospital e no doente.

- O Plano de estudos de 1987, clarifica o que se entendia como enfermagem, pela ênfase nos modelos teóricos e na investigação como conteúdos centrais. Grande heterogeneidade de cursos de especialização, que promovem a orientação biomédica, fazendo-se a discussão em torno da formação pós-básica, relacionada com a importância da especialização dos saberes.

- A capacidade de organização dos saberes, apesar da “marginalidade” do ensino de enfermagem ao Sistema Educativo Nacional, acontece na medida em que o conhecimento técnico é mediado pelo tecnológico, permitindo a aplicação do conhecimento científico através do trabalho técnico-intelectual, pelo enfermeiro enquanto trabalhador do conhecimento. Assiste-se assim a uma evolução de uma lógica de menor autonomia técnica para um ganho de estatuto académico do profissional.

- Actualmente, procura-se uma nova independência na hierarquia dos poderes, pela especialização dos saberes, na lógica anterior. A principal questão que se coloca é a de compreender como ocorreu (se ocorreu) a mudança desejável no modelo de formação, pela mudança na disciplina de enfermagem como organizadora de uma perspectiva mais integrada e evolutiva, ou se os planos de estudo da responsabilidade das Escolas não diferiram muito dos que estavam em vigor anteriormente.
- Verifica-se ainda a manutenção da dicotomia entre a concepção e a execução, em correcção pela introdução da reflexividade na acção enquanto paradigma formativo e capacidade de recontextualização dos saberes abstractos na acção, na dimensão interpretativo-justificativa.
- A análise de alguns planos de estudo, suporta uma evolução que valoriza a transversalidade dos saberes das diferentes áreas do conhecimento, que o organizador destes parece ilustrar um modo de pensar a enfermagem a partir de uma disciplina que integra as componentes profissional e académica, por um lado valorizando a reflexividade na e com a acção e por outro lado, onde a investigação assume um papel importante na construção da componente académica.
- Na década de 90, ênfase na investigação no processo de cuidados como estrutura de acção, em que o enfermeiro usa a reflexividade na acção para a recontextualização dos saberes. A prática surge assim como campo de análise e investigação
- Na actualidade o cuidar assume-se como conceito central, pela dimensão técnico – relacional do mesmo, na medida em que não há cuidados de enfermagem sem relação com a Pessoa (indivíduo, família ou comunidade), pelo que os enfermeiros necessitam aprender a relacionar-se tal como aprendem as outras «técnicas» relacionadas com este cuidado.
- Toda a formação na saúde faz-se historicamente na universidade, excepto as tecnologias da saúde e a enfermagem. A Enfermagem é historicamente uma profissão de saúde, com maior autonomia essencialmente a partir das novas concepções de saúde.
- A integração do ensino de enfermagem no subsistema do Ensino Politécnico, embora sendo uma confirmação, sê-lo-á de âmbito mais normativo, na medida em que os que concordam com esta decisão, assumem-no mais com um sentido tácito e estratégico, do que propriamente com o reconhecimento *de jure* desta situação.
- A serem diferenciados os contextos para a investigação, como desenvolver a componente académica se não se investe a não ser na experimentação de resultados obtidos a partir e através de outras áreas do saber? A Enfermagem é hoje uma disciplina do conhecimento em crescente consolidação, com investigação própria que cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados, o que se enquadra no conceito do Ensino Universitário.

PARTE IV - ENFERMEIROS EM PORTUGAL. A IDENTIDADE PROFISSIONAL

A continuidade da análise não exclusivamente cronológica dos factos no âmbito dos diferentes domínios, ocorre nesta parte da tese de forma idêntica às anteriores, pelo que se apresenta em seguida a série cronológica dos factos ocorridos no período em estudo, quanto aos actores da formação.

Anos	Factos Sociais
Década de 40	Na década de 40, a situação sócio-político-económica ditou algumas mudanças em relação ao ensino técnico.
1925	Ter-se-à iniciado a organização sindical dos enfermeiros, ao procurarem o controle do exercício ilegal da actividade.
1942	Pelo Decreto Lei nº 36.612 de 1942, é referida pela primeira vez a proibição do exercício público da actividade de enfermeiros que não possuísssem diploma. Surgem assim os enfermeiros da prática registada.
1949	Pelo Decreto Lei nº 37.418 de 1949 é apresentada a primeira carreira de enfermagem da função pública, após a implantação do Estado Novo.
1947	Criação do curso de Auxiliares de Enfermagem, vindo a manter-se até 1975
Década de 50	O relatório Simeão é considerado como o documento base para analisar esta década. Os alunos eram utilizados como força de trabalho e mão de obra barata, em que o serviço prestado era alvo de uma gratificação pecuniária, ou de outro tipo de subsídio (bolsas), a repor no final do curso para obtenção do diploma.
1952	A identificação dos recursos de «pessoal de enfermagem» era feito por referência aos EUA. O aumento da escolaridade obrigatória e a mudança de condições de admissão aos cursos de auxiliares de enfermagem e curso de enfermagem geral, integraram a reforma curricular de 1952. Começou a ser definido o papel dos monitores, a partir do pressuposto da impossibilidade da dupla responsabilidade – pelos doentes e pelos alunos – durante os estágios.
1958	É apontada a necessidade de habilitações literárias mais elevadas, bem como outras características que os futuros enfermeiros deveriam possuir: sólida base cultural, boa educação, personalidade activa e equilibrada e elevado sentido social e cívico.
Década de 60	No âmbito do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde, foi apresentado um Projecto de Diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem, e concretamente propostas para a mudança nas condições de admissão e de frequência, para as escolas oficiais e particulares. Procurava também definir-se a área de actuação dos enfermeiros e dos auxiliares de enfermagem. Iniciou-se (em 1969) o Movimento dos Auxiliares de Enfermagem, na perspectiva dos movimentos sociais, que procurava a unificação dos níveis de formação e de prestação de cuidados, só conseguido em 1975.
1964	No final desta década, as Escolas de Enfermagem dependentes do Ministério da Saúde e Assistência, começaram a surgir as primeiras Enfermeiras Directoras. Até 1974 ocorreu a proibição do casamento das enfermeiras. Relatório sobre a Revisão do Exercício e Ensino de Enfermagem. Identificação dos recursos por referência aos critérios da Região Europeia da OMS.
1965	É defendido que os enfermeiros docentes passem a ser considerados como professores, o que só ocorre com a Carreira em 1967. A responsabilidade do ensino de enfermagem, começa a passar para os enfermeiros.
1967	Com a reforma de 1964 e o plano de estudos de 1965, são pela primeira vez definidos objectivos pedagógicos, centrados na aprendizagem dos alunos e na organização do ensino. Reestruturação da Carreira de Enfermagem, pelo Decreto Lei nº 48.166 de 27 de Dezembro de 1967.
Década de 70	O grupo dos enfermeiros começou a assumir a condução dos destinos da profissão e do ensino. A política educativa introduz uma nova dinâmica na relação entre os alunos e o Estado (é criado o Instituto de Acção Social Escolar). O aluno de enfermagem não usufrui ainda desta dinâmica.

1971	Verifica-se um aumento generalizado da procura da educação, com sinal idêntico no ensino de enfermagem. A nova carreira de enfermagem, Decreto Lei nº 414 de 1971, veio agravar a situação dos docentes de enfermagem, quanto às condições de trabalho, salariais, horário e reconhecimento social.
1972	Alteração da Lei de bases do Sistema Educativo. Pelo Decreto Lei nº 346 de 30 de Agosto de 1972, é criado o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, com a duração de 21 meses a tempo completo.
1973	1º Congresso Nacional de Enfermagem onde se defendeu a necessidade de elaboração de um estatuto profissional, que considerasse a definição das funções dos vários membros da equipa de enfermagem.
1975	Pela Portaria nº 107 de 17 de Fevereiro de 1975, é criado o Curso de Promoção Profissional de Enfermeiros de 3ª classe, com a duração de oito meses a tempo parcial. É Criada a Comissão Nacional dos Cursos de Promoção.
1976	Portaria nº 674 de 1976
1977	Início do Plano de Estudos (Livro Verde), em que pela primeira vez é reconhecido o estatuto de estudante de enfermagem em igualdade com outros estudantes.
1978	No Diário da República nº 103 (III Série) de 3 de Maio de 1978, são publicados os estatutos do Sindicato Nacional dos Enfermeiros Diplomados (SNED).
1979	As habilitações literárias ao nível do curso complementar dos liceus, são consideradas como um dos indicadores mais importantes para o desenvolvimento da enfermagem, através do Decreto Lei nº 68 de 6 de Setembro de 1979.
Década de 80	Verifica-se o aumento do número de enfermeiros diplomados, embora não em número suficiente para as necessidades. Na transição da década anterior para esta, ocorre a homogeneização da carreira de enfermagem nas diferentes áreas de actuação, pelo Decreto Lei nº 305 de 1981 de 1 de Julho.
1981	2º Congresso Nacional de Enfermagem.
1982	Reestruturação dos cursos de Especialização em Enfermagem. Terminam os Cursos de Promoção definidos pela Portaria nº 107/75.
1984	Constituição de um grupo de trabalho no âmbito do processo de integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, com representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.
1985	3º Congresso Nacional de Enfermagem.
1986	Inclusão nos critérios de selecção para admissão ao Curso de Enfermagem Geral, a realização de provas preditivas, para vigorar no ano lectivo de 1986/87. Neste âmbito é desenvolvido no DEE, desde 1979, um projecto designado DICOVE (Projecto de investigação sobre Aconselhamento Vocacional).
1987	Revisão curricular, com novo plano de estudos elaborado por um grupo de enfermeiros, que define pela primeira vez o perfil de competências a alcançar pelo enfermeiro generalista. Integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, no sub sistema Politécnico.
1988	Aos candidatos e aos estudantes de enfermagem começam a ser reconhecidos os mesmos direitos e os mesmos deveres.
Década de 90	Mudança de pré-requisitos na admissão, que passa a ser igual às dos restantes cursos superiores. Os docentes de enfermagem podem integrar a carreira docente do Ensino Superior Politécnico (Decreto Lei nº 166 de 5 de Agosto de 1992).
1992	Passa a ser exigida a formação académica e os enfermeiros docentes passam a realizar cursos de mestrado e doutoramento, em Universidades Portuguesas e Estrangeiras.
1996	Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem, o primeiro estatuto profissional da era da autonomia.
1998	Criação da Ordem dos Enfermeiros. Resolução do Conselho de Ministros (Decreto Lei nº 140 de 4 de Dezembro de 1998), que define os princípios gerais quanto à admissão de estudantes para a área da saúde, quanto às vagas e ao plano de ingresso, medidas essas que sugerem a conjugação da componente da formação académica com a componente vocacional da mesma.
1999	Publicação das Portarias regulamentadoras do Curso de Licenciatura em Enfermagem e das medidas transitórias – Ano Complementar de Formação, dirigido aos estudantes a frequentar o Curso Superior de Enfermagem (Grau de Bacharel) que pretendam continuar para a realização de mais um ano a fim de obter o grau de licenciado e o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, também com a duração de um ano, dirigido aos enfermeiros bacharéis ou com equivalente legal, que pretendessem obter o grau de licenciado.
2003	Definição do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, pela Ordem dos Enfermeiros.

CAPÍTULO 1 - DE ESTUDANTE A ENFERMEIRO, COMO EVOLUÍRAM OS ACESSOS E OS PERCURSOS

“ A actividade não era atraente, porque eram mais que deficientes as condições de trabalho, eram longos e pesados os horários e a remuneração miserável ”(Soares, 1997, p.83).

Esta citação embora sucinta ilustra claramente a situação do princípio do século XX no que concerne ao exercício da profissão de enfermagem. Pelas análises produzidas anteriormente, sabe-se que as reformas que ocorreram ao longo de todo este século, procuraram a interdependência entre o exercício e o ensino, considerando que as mudanças tinham que ocorrer em simultâneo, para que a transição fosse efectiva.

A procura da enfermagem como «modo de vida» acontecia no início do século XX, por razões diversas e por candidatos distintos, “dactilógrafos, caixeiros e caixeiras, empregados da Câmara Municipal, alfaiates, vendedores ambulantes (...) e até «candidatas da rua do Capelão» de duvidosa moral quanto à preparação intelectual, havia até quem não tendo o exame de instrução primária apresentasse um atestado falso do 3º ano do liceu”⁵⁰⁴.

O acesso e a duração dos cursos

A partir da década de 50 e, de acordo com relatório de 1957/58⁵⁰⁵ apontava-se para o alargamento da base de recrutamento dos candidatos ao curso de enfermagem, promovendo uma boa selecção e o consequente aumento do ritmo de preparação dos enfermeiros.

Existia cada vez mais a noção que seria necessário melhorar as condições de admissão dos alunos aos cursos de enfermagem, como factor de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, embora por diferentes intervenientes, como visto antes e se reforça neste momento (Nota I, 90).

Com a reforma de 1952, pode dizer-se que existiu inovação e continuidade sem revolução, sendo mantidas as condições de admissão e duração para o curso de auxiliares de enfermagem, embora para o curso de enfermagem tenha sido fixada a duração de três anos e o 1º ciclo como habilitações literárias⁵⁰⁶ (Nota II, pp.90-91).

Da proposta emergente do estudo produzido pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, o desenho dos cursos mudava, surgindo a proposta de criação do curso polivalente que substituiria o curso de enfermagem geral, assumindo-se “ser impossível prever qual a preparação requerida pelas enfermeiras daqui a dez ou vinte anos, mas

⁵⁰⁴ Citado em Soares (1997, p.82-83) Sacadura, 1942, (p.9).

⁵⁰⁵ Relatório Simeão. Posição do Sr. Subsecretário de Estado do Ministério do Interior, (p.22)

⁵⁰⁶ Ib. nota anterior, (p. 26).

impunha-se inovar os métodos e programas de ensino utilizados no passado para formar a enfermeira do futuro⁵⁰⁷.

Mas a situação não era idêntica em todas as escolas, pois as habilitações de acesso à Escola Técnica de Enfermeiras era o 2º ciclo, o que só veio a ocorrer nas Escolas dependentes do Ministério da Saúde em 1965⁵⁰⁸. Ainda a propósito das condições de admissão e, em relação à mesma escola, Miss Goff⁵⁰⁹ referia que “admitir raparigas de dezoito a trinta anos, com o curso dos liceus, saudáveis, robustas e com carácter bem formado, não era suficiente. A habilidade manual é uma qualidade importante mas a ficha escolar das candidatas deve indicar ambição e auto-progresso mais do que aproveitamento escolar médio. (...) a maturidade é o factor essencial e a personalidade determina, num grau considerável, se a aluna terá sucesso na enfermagem”(p.167).

Apesar de só em 1965, esta exigência ter sido considerada nas escolas dependentes do Ministério da Saúde, a proposta ocorreu em 1958 “(...) o recrutamento das futuras enfermeiras se faça entre as candidatas que possuam, pelo menos, o 5º ano dos Liceus. É cada vez maior o número de alunas que prosseguem estudos liceais ou outros e por isso, as que apresentam apenas o 1º ciclo dos Liceus são progressivamente de pior qualidade intelectual. Servirão para auxiliares de enfermagem, mas não para enfermeiras”(p.84).

Para além das habilitações literárias eram considerados e utilizados outros critérios na selecção das candidatas, sendo referidos em Tabela 1 (Nota III, p.91-92).

A complexidade que caracterizava a saúde e a intervenção em saúde, apelava a que as candidatas ao curso de enfermeiras tivessem cada vez melhores habilitações, na medida em que as responsabilidades aumentavam, tornando-se essencial a exigência de amplos conhecimentos gerais, como uma base sólida para o ensino profissional⁵¹⁰.

Reconhecendo que esta é uma forma totalmente inovadora de olhar para a vocação, procurar-se-á desenvolvê-la um pouco mais ao longo deste capítulo e especialmente quando se analisarem as novas formas de selecção que se colocam como essenciais numa época em que se questiona a necessidade de tornar «singular» a admissão a cursos conducentes a profissões de ajuda, relevando destas as da área da saúde.

O período que decorreu entre a elaboração do Relatório Simeão (1957/58) e a reforma de 1965, foi caracterizado por um amplo debate no sentido de produzir as alterações que vieram a ser implementadas em 1965.

⁵⁰⁷ Despacho do Sr. Ministro do Interior. Relatório Simeão, (p.84).

⁵⁰⁸ Decreto nº 30.447, de 17 de Maio de 1940 citado em: Corrêa, Beatriz de Mello (2002). Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988, (p.165).

⁵⁰⁹ De acordo com Corrêa, Miss Goff (Fundação Rockefeller), posicionava-se acerca da selecção das candidatas ao curso de enfermagem.

⁵¹⁰ Relatório Simeão, (p.99).

Neste período mobiliza-se essencialmente um conjunto de documentos produzidos no âmbito das reuniões do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde⁵¹¹ e dos quais se fará emergir essencialmente a evolução das condições de melhoria de acesso, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

No início da década de 60 eram propostas as condições de admissão e a frequência, nas escolas oficiais e particulares⁵¹² “a) idade não inferior a 17 anos para o curso geral e 18 para o de auxiliar, mas inferior a 30 anos para ambos; b) robustez física necessária ao exercício da profissão, verificada por exame médico; c) Habilitações literárias apropriadas; d) Bom comportamento moral. Podem ser admitidos à frequência dos cursos de enfermagem candidatos com mais de 30 anos, mediante autorização do Ministro da Saúde e Assistência, ouvida a Direcção dos Serviços de Enfermagem. Para os cursos complementar e superior de enfermagem é dispensado o limite de idade”(Cf. p.14).

No que concerne “ às habilitações mínimas para a admissão nas escolas eram as seguintes: a) 1º ciclo dos curso dos liceus ou equivalente, para os cursos de auxiliar de enfermagem; b) curso de auxiliares de enfermagem para o curso de parteiras; c) segundo ciclo do curso dos liceus ou equivalente para o curso geral de enfermagem; d) curso geral de enfermagem e um ano de exercício de profissão na respectiva especialidade para o curso geral de enfermagem complementar; e) três anos de exercício da profissão e curso de enfermagem complementar para o curso superior de enfermagem⁵¹³” (Cf. p. 15).

As dificuldades conhecidas quanto ao desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e enquanto profissão, também eram referenciadas às questões da procura e da oferta. No âmbito das condições de acesso que se analisam, importa realçar a questão das habilitações, na medida em que o recrutamento do pessoal de enfermagem era grave nesta década. A questão colocada era a de saber se na base do retraimento de tantas candidatas, não estaria a exigência do 2º ciclo⁵¹⁴. Existia um posicionamento ambivalente quanto a esta situação, em que uns defendiam⁵¹⁵, a exigência de maiores habilitações literárias “preferência na admissão aos candidatos com melhores habilitações literárias e para esses era dispensado o exame de aptidão”, e outros que defendiam menores habilitações literárias, como promotoras de maior procura dos cursos de enfermagem (Nota IV, p.92).

⁵¹¹ Actas de reuniões do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência.

⁵¹² Ministério da Saúde e Assistência. Conselho Coordenador. Projecto de Diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem, elaborado por um grupo de trabalho constituído pelos Senhores Dr. Armando Carvalho da Fonseca; Enfermeira Beatriz de Melo Correia, Dr. António Augusto de Carvalho Dias e Dr. Carlos Diniz da Fonseca, com assinatura de recepção de 29.12.60.

⁵¹³ Ib. nota 474, (p.15).

⁵¹⁴ Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência. Projecto de Acta nº 62. Sessão realizada no dia 15 de Março de 1960. Esclarecimentos do Sr. Ministro, (p.8).

⁵¹⁵ Comunicação proferida por Diniz de Sousa na Escola de Enfermagem S. João do Porto.1983, (p.4).

De acordo com Sousa (1983)⁵¹⁶ “(...) a inscrição dos alunos nas escolas de enfermagem tem vindo a aumentar gradualmente e notoriamente, sempre que as exigências de habilitações literárias aumentam para a frequência do curso. Isto tem vindo a contrariar aqueles que afoitamente anunciaram que o aumento da escolaridade académica para os enfermeiros levava as escolas de enfermagem a não ter alunos”(p.14).

Aquando da criação da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, o que corresponde à segunda metade da década de 60, a postura era a de adequar as alterações da política educativa geral ao ensino de enfermagem, nesta altura ainda próximo do ensino técnico embora não integrado no sistema educativo nacional.

Uma vez que se levantava a questão de saber se essa adequação traria problemas ou por outro lado benefícios ao desenvolvimento da enfermagem, pela exigência de maiores e melhores habilitações, “os dados recolhidos não confirmam os receios, (...) de que o nível dos novos programas para o curso de enfermagem geral fosse incompatível com a habilitação do 1º ciclo liceal, admitindo a título transitório – o que não significa que não sejam desejáveis maiores habilitações e se não tenham feito esforços para aumentar a escolaridade de base (...)” (p.5).

Verificava-se assim que, quem tomava as decisões, parecia usar de uma cautela que analisada à distância de quase trinta anos, mostra ter sido um falso problema não aumentar as habilitações com receio de diminuição da procura por parte de candidatos.

Na década de 70, verificava-se a convicção cada vez maior da necessidade de tornar as habilitações literárias um dos indicadores de maior importância para o desenvolvimento da enfermagem isto na medida em que as melhores condições sociais e de segurança levaram, entre outras razões, a que as escolas fossem procuradas por jovens de ambos os sexos, habilitados com o curso complementar dos liceus. O que levou a concluir-se pela necessidade de exigir essa habilitação básica no futuro, aos candidatos às matriculas nas escolas de enfermagem⁵¹⁷.

Os dispositivos legais que permitiram consubstanciar a preferência na admissão às escolas de Enfermagem aos candidatos possuidores das maiores habilitações literárias, possível porque nos últimos anos acorreram às Escolas de enfermagem candidatos que possuíam o curso complementar dos liceus, como requisito para admissão ao curso de enfermagem geral, fixado pelo Decreto nº 98 de 6 de Setembro de 1979⁵¹⁸, preferência que viria valorizar a profissão e o ensino da enfermagem. Esta medida, contrariamente ao que muitos anunciavam, traduziu-se no aumento “(...) do número de candidatos que se inscrevem para

⁵¹⁶ Comunicação proferida por Diniz de Sousa na Escola de Enfermagem S. João do Porto.1983

⁵¹⁷Discurso de apresentação ao 2º congresso Nacional – Enf.º A. Mourão e Romeu dos Santos Carmo - panorâmica do ensino em enfermagem em Portugal, (p.61).

⁵¹⁸ Documento não oficial sobre o ensino de enfermagem. Novembro 1979, (p.1).

o curso de Enfermagem, e que ultrapassa longamente o número de admitidos⁵¹⁹ (p.165). Apesar de não integrado no sistema educativo nacional, o ensino de enfermagem parecia acompanhar a explosão escolar verificada nos últimos anos em Portugal e o acesso cada vez mais significativo a todos os graus de ensino secundário, as escolas de Enfermagem têm vindo, desde há alguns anos, a ser procuradas por candidatos literariamente mais credenciados⁵²⁰.

A evolução foi acontecendo no sentido da aproximação da habilitação académica dos candidatos à frequência dos cursos de enfermagem às habilitações académicas para outras áreas de formação que se desenvolviam já no ensino superior (Nota V, p.93).

Mas as condições de admissão⁵²¹ melhoraram não só para a formação base, como também para a formação mais avançada que era possível aos enfermeiros (desta década) fazerem, e que se organizava em torno dos cursos de aperfeiçoamento e complementar, até à criação da EEAE e de forma integrada o Curso de Enfermagem Complementar desde a criação da referida Escola.

Mas, em relação ao referido aumento da procura da formação em enfermagem, ocorria apenas pelo aumento das habilitações literárias? É óbvio que não, mas o que se pretende também ilustrar é que não foi esse aumento que fez diminuir a procura.

Identificam-se alguns dos factores que terão contribuído para este aumento da procura: os acontecimentos sociopolíticos desencadeados em 1974 e desenvolvidos nos anos seguintes, o fim da guerra colonial que fez regressar à vida civil largos milhares de jovens em busca de ocupação, o regresso de antigos colonos e respectivas famílias – e uma curta diminuição do fluxo migratório causada pela crise económica que a Europa atravessou.

Mas para uma análise mais adequada, apresentam-se alguns dados sobre o número de candidatos e alunos admitidos em toda a década de 70, verificando-se de facto uma elevada procura, para uma fraca resposta, que como se verá adiante, tem sido de alguma forma uma constante.

Quadro nº 6 - Número de candidatos ao curso de enfermagem geral nas escolas de enfermagem dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais

ANO	INSCRITOS	ADMITIDOS	PERCENTAGEM
1971	4.500	535	12,00
1977	4.968	625	12,58
1978	3.885	793	20,41
1979	1.850	805	43,51
1980	2.387	718	30,07
TOTAL	13.090	2941	22,69

Fonte: Comunicação proferida por Romeu dos Santos Carmo, no II Congresso Nacional de Enfermagem

⁵¹⁹ II Congresso Nacional de Enfermagem, 1981. Romeu dos Santos Carmo, p.165.

⁵²⁰ II Congresso Nacional de Enfermagem, 1981. Romeu dos Santos Carmo, p.161.

⁵²¹ Portaria nº 1144/82, de 13 de Dezembro, artº 5º

Em Nota VI (p.93), ilustra-se o que se passava com o número de diplomados nesta década. No III Congresso Nacional de Enfermagem, era já considerado como de extrema importância a aproximação das condições de admissão (habilitações literárias) idênticas às dos cursos no ensino superior, sendo apenas necessário concretizar o que já estava legalmente previsto⁵²² (nota VII, p. 93).

As dificuldades que se identificavam no desenvolvimento para a melhoria do ensino de enfermagem e no âmbito em que aqui se analisam, tendo os alunos como foco de atenção, importava encontrar formas inovadoras de seleccionar os candidatos, por forma a gerir da forma mais adequada as alterações à «crise vocacional» que se começava a fazer sentir, que aliada a outros factores que têm vindo a ser enunciados, faziam sentir a necessidade de fazer a selecção dos candidatos de forma mais adequada.

Começou também a desenvolver-se o estudo de novas formas de admissão através de “(...) Provas preditivas de Adaptação à Enfermagem. (...) os candidatos que confirmarem a sua inscrição serão submetidos a provas destinadas a avaliar as suas possibilidades de adaptação à profissão⁵²³” (p.6).

Na continuidade desta estratégia a selecção dos alunos para as escolas de enfermagem, passou a contar com o apoio de um estudo de investigação que visava encontrar instrumentos de selecção de candidatos ao curso de enfermagem geral. Neste sentido, é de conferir a posição do Enfermeiro Mário Rebelo⁵²⁴ como responsável pelo desenvolvimento deste projecto inovador na selecção dos candidatos, pois existia cada vez mais a convicção de que as admissões na profissão, não ocorriam pela melhor forma de fazer entrar nela as pessoas mais vocacionadas para exercê-la.

Os pressupostos base ao desenvolvimento deste estudo eram: o dispêndio de somas avultadas pelo Estado em bolsas de estudo, concedidas aos estudantes de enfermagem nos últimos anos, surgindo fortes dúvidas sobre as vantagens deste investimento, para a comunidade; grande número de candidatos e a crise na vocação associado ao insucesso escolar e profissional. Este estudo esteve inicialmente limitado à selecção de candidatos e à predição do sucesso escolar.

O grupo de trabalho considerou mais adaptado decidir-se por uma óptica de sucesso profissional e não só de sucesso escolar, sendo que o projecto definitivo (foi elaborado) sobre o princípio da selecção e conselho vocacionado a que se deu o nome de Projecto de Investigação sobre o Aconselhamento Vocacional, abreviadamente designado pela sigla DICOVE (Nota VIII, p.94).

⁵²² 3º Congresso Nacional de Enfermagem - Comunicação Enfermeiro Ernesto, (p.327).

⁵²³ Circular normativa nº 4 / 86 de 12 de Agosto de 1986. Critérios de Selecção ao Curso de Enfermagem Geral a vigorar no ano lectivo de 1986/87. Do DEE a todas as Escolas dependentes do INSA.DE.E, (p.6).

⁵²⁴ Mário Sarmiento Rebelo (selecção e Aconselhamento Vocacional para os candidatos e alunos das Escolas de Enfermagem). Projecto DICOVE (Projecto de Investigação sobre o Aconselhamento Vocacional).

Este estudo era considerado de grande importância, na medida em que procurava assegurar uma correcta selecção dos alunos tendo em vista a sua integração escolar e o promover uma correcta orientação profissional, não conseguida pelos exames de aptidão puramente literários, como critério de selecção para uma profissão como a enfermagem⁵²⁵.

Estando a selecção dos candidatos atribuída à responsabilidade das escolas da altura, na perspectiva dos responsáveis pelo ensino de enfermagem a nível dos serviços centrais, este projecto repercutia-se também na dinâmica das escolas, pelo envolvimento que as mesmas eram chamadas a ter, sendo que a integração escolar, criava nas escolas uma comissão com funções de orientação educacional a quem cabia facilitar e acompanhar a adaptação dos alunos à escola, mas também aconselhar a escola a adaptar-se aos alunos.

Este projecto fundamentava-se na necessidade de melhorar a selecção dos candidatos, procurando os candidatos com maiores condições de sucesso escolar e profissional, tornando-se por isso necessário aperfeiçoar os instrumentos de selecção de candidatos ao curso de Enfermagem Geral.

Em 1986⁵²⁶, já foi possível fazer uma avaliação do desenvolvimento do projecto em referência, de que se destaca “(...) Na selecção, o aluno parte do ponto zero para atingir o ponto x, a enfermagem, e é necessário saber qual o processo que aquele seguiu até à sua admissão; como se inicia partindo daquele ponto? Que enfermeiros é que se pretende ter? Para actuar em que áreas? Que tipo de prática terá? O perfil do enfermeiro tem que ser previamente determinado, Enfermeiro que possa recriar a técnica recriando todo o processo. Partindo-se do perfil é necessário saber quais as competências que são necessárias desenvolver” (p.8).

O objectivo principal era determinar quais os indivíduos que estavam melhor preparados para aprender enfermagem, tendo sido realizado um Workshop, do qual se apresentam as principais conclusões, na nota IX (p.94).

O período em que decorreu este projecto, coincidiu com um dos períodos de maior inércia no processo de integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, o que com o aproximar da data de integração (1988), veio remeter para segundo plano o desenvolvimento do mesmo.

Passando à análise do comportamento quanto ao número de diplomados, de acordo com Sousa⁵²⁷ revelava um notável sentido de cumprimento das escolas de enfermagem, associado a um insucesso relativamente baixo entre 1975 e 1981, em que o número de alunos que se perde durante o curso tem diminuído consideravelmente e, hoje não ultrapassa os 10%. A autora referia ainda que “(...) o mínimo de diplomados com o curso

⁵²⁵ Comunicação proferida por Diniz de Sousa na Escola Enfermagem S. João do Porto, 1983, (p.27).

⁵²⁶ Documento em papel timbrado do INSA-DEE. Relatório Sobre Workshop sobre um instrumento de diagnóstico e aconselhamento vocacional dos candidatos à enfermagem.

⁵²⁷ Comunicação proferida por Diniz de Sousa na Escola Enfermagem S. João do Porto, 1983, (p.27).

de enfermagem tem aumentado e hoje responde já às solicitações governamentais, (...) de 1975 a 1981 formaram-se cerca de 600 enfermeiros por ano; (...) em 1982 formaram-se 808 enfermeiros. (...) a previsão para 1983 é de 807 e para 1984 de 1020” (p.16).

Sem pretender fazer-se qualquer «média» em relação à década de 80, considera-se o ano da integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico como referência, com a ilustração do cenário relativo aos alunos matriculados e ao número de diplomados no ano de 1988, que se manteve num valor aproximado ao dos anos anteriores (**855**) valor manifestamente insuficiente para as necessidades.

E na década de 90, como decorreu a procura do ensino de enfermagem, já assumida e reconhecidamente no ensino superior politécnico⁵²⁸?

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional modificou por completo os critérios de admissão dos candidatos ao curso superior de enfermagem, passando a ser exigidos pré-requisitos bem como a realização da prova geral de acesso e a própria candidatura específica para o Curso Superior de Enfermagem⁵²⁹. No ano lectivo de 1994/95, o número de alunos matriculados nas escolas públicas e privadas aumentou, com repercussão no número de diplomados – **1606**⁵³⁰.

Verifica-se um aumento de alunos diplomados entre 1988 e 1996, respectivamente de **855** para **1854**⁵³¹ (p.149). No entanto, o acréscimo de 1000 diplomados em 8 anos não foi de todo suficiente para colmatar a carência de enfermeiros que se caracterizará em capítulo próprio. Após a reforma de 1999, com o início do Curso de Licenciatura em ciclo único e com as medidas transitórias – Ano Complementar de Formação e Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, levou as Escolas de Enfermagem públicas a planear a capacidade de resposta do sistema de ensino às necessidades que continuavam a caracterizar o cenário da saúde.

A análise da referida proposta considera os constrangimentos inerentes às dificuldades decorrentes de uma rede de escolas que não tem conseguido corresponder às necessárias adaptações à nova realidade nacional e europeia. Por outro lado torna-se também importante equacionar, (1) a margem de incerteza elevada que o *numerus clausus* introduz na selecção, confrontando-se os candidatos com a possibilidade de exclusão do sistema ou de ingresso em instituições e cursos não desejados, que Grácio (1986) designa por procura desencantada, como sucedendo a uma procura optimista nas décadas de 60 e 70, relativamente ao ensino superior e que parece pode também ter acontecido no ensino de enfermagem, que se encontrava nestas décadas em aproximação ao ensino superior. De

⁵²⁸ circular informativa do DRHS. Capacidade das Escolas Superiores de Enfermagem e número de alunos em frequência.

⁵²⁹ artº 6º do Decreto-Lei 480/88 de 23 de Dezembro (Integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional).

⁵³⁰ Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1997). Nursing in Portugal

⁵³¹ Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (1996). Elementos estatísticos Saúde 1996.

acordo com Balsa e outros (2001) este espaço de incerteza traduz-se na forma como os estudantes encaram o desfecho da formação e a sua inserção sócio-profissional, tem traços específicos no modelo de formação e processo de profissionalização dos enfermeiros. Outro aspecto importante a considerar situa-se, (2) no facto de se perceber se o método de admissão actual corresponde à cabal defesa do desenvolvimento da disciplina e profissão de enfermagem, uma vez que os estudantes que frequentam os cursos de enfermagem, nem sempre optaram por este em primeira opção. Estar-se-á assim perante o referido desencantamento? A base da análise são os resultados apresentados no relatório produzido pelo Grupo de Missão⁵³², que refere a previsão de que no período entre 2000/2001 e 2005/2006, regista-se um aumento de 1506 para 3059 vagas, o que corresponde a 103,12%, conforme pode ver-se no quadro nº 7.

Quadro nº 7 - Evolução do *numerus clausus* do curso de licenciatura em enfermagem (ensino público)

Escolas	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006
Superiores						
Zona Norte	372	504	579	579	599	979
Zona Centro	577	646	650	820	860	860
Zona Sul	492	670	670	685	815	1050
Regiões Autónomas	65	110	115	120	120	170
TOTAL	1506	1930	2014	2204	2394	3059

Nota: 31 Escolas Superiores de Enfermagem

Já no que concerne às escolas particulares, pode ver-se no quadro seguinte que apesar de ter aumentado o número de escolas, o número de estudantes não sofreu um acréscimo muito significativo, aliás de forma idêntica com o referido por Balsa e outros, “quanto ao sistema de ensino no geral” (cf.,p.83).

Quadro nº 8 - Evolução do *numerus clausus* do curso de licenciatura em enfermagem (ensino privado)

Escolas Superiores	1999-2000	2000-2001	2001-2002
12			
TOTAL	600	710	835

⁵³² Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98, de 4 de Dezembro. Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. Dezembro 2001.

Evolução do estatuto do aluno

Uma outra dimensão em análise, que permite construir uma perspectiva evolutiva do estatuto do aluno de enfermagem, emerge do facto em que numa primeira fase, o aluno era considerado como «força de trabalho» até que o seu estatuto passou a ser o de «sujeito da educação».

Na década de 50, definia-se a importância de considerar as alunas como alguém que necessitava possuir capacidades como: nível intelectual, a educabilidade quer em relação ao ensino, quer em relação ao exercício da profissão, ser capaz de analisar qualquer situação de enfermagem e saber aplicar-lhe o princípio adequado, ajudar a reduzir a duração e incidência da doença, capacidade de observação e de raciocínio inteligentes⁵³³.

Existia a preocupação de que se às alunas fosse dado espaço para aprender, mais eficiente seria a colaboração com os médicos, com benefícios para os assistidos. Para que este princípio fosse operacionalizado, era imperioso que a aluna estivesse livre de qualquer prestação obrigatória de serviços durante o curso a não ser em enfermarias escolas⁵³⁴.

Os estágios começaram a ser organizados de forma diferente, reportando-se à criação e ao desenvolvimento das enfermarias escola, onde como se verificava o aluno passava a ter um papel mais activo, mas onde a sua aprendizagem começava também a ser considerada como central ao modelo de formação, embora numa perspectiva técnico racional, onde o «saber-fazer» imperava através da realização de tarefas como fazer camas, higiene dos doentes, arrumação das enfermarias, avaliação de temperaturas, dar injeções, distribuir medicamentos e a fazer pensos⁵³⁵.

Mas nem sempre o estatuto dos alunos foi reconhecidamente caracterizado como referido antes, isto é de alguém que se encontrava num processo de aprendizagem. Durante um longo período o aluno tinha um estatuto diferente, onde o trabalho era considerado como importante para a sua formação (como enfermeiro), distanciando-se daquilo que hoje se designa por formação em enfermagem, caracterizada pela valorização das dimensões anteriormente referidas.

A organização do ensino de enfermagem na década de 50, com as escolas ainda como serviços dos hospitais, com a carência de profissionais de enfermagem, que nalguns serviços não eram sequer suficientes para atender às necessidades básicas dos doentes internados, fazia com que os responsáveis pelos serviços (médicos) considerassem os estudantes como força de trabalho a utilizar, pois “era frequente o trabalho dos alunos ser utilizado como mão-de-obra mais barata, sem que com isso a sua formação beneficiasse nada⁵³⁶” (p.5). As alunas que frequentavam o Curso de Auxiliares de Enfermagem

⁵³³ Relatório Simeão, (p.87/88).

⁵³⁴ Relatório Simeão, (p.99).

⁵³⁵ Documento em papel timbrado do IAS – Reunião do Conselho Escolar da EEAR, (p.15).

⁵³⁶ Comunicação proferida por Diniz de Sousa na Escola Enfermagem S. João do Porto, 1983, p.5)

venciam 750\$00 mensais, mediante o compromisso de prestar serviços em instituições oficiais ou de reconhecida utilidade pública, durante um período idêntico ao da duração do curso⁵³⁷(Nota X, pp. 95-96). O «pagamento» do serviço prestado nem sempre tinha a dimensão pecuniária como única, podendo acontecer outros tipos de «gratificação», como por exemplo ser concedida alimentação ou subsídio de estudo, aos alunos com bom aproveitamento até à importância de metade do vencimento atribuído aos praticantes de enfermagem. Os alunos subsidiados comprometiam-se a prestar serviço de enfermagem, mediante o qual receberiam o diploma do curso. Na ausência desta prestação, o diploma só seria entregue mediante a indemnização à Escola das importâncias que haviam recebido a título de subsídio⁵³⁸. Esta lógica não estaria sequer próxima do que hoje caracteriza a acção social escolar, na relação que existe entre o estudante e o Estado quanto ao Financiamento do Ensino Superior, não deixando de ser, no entanto, uma forma de relação.

Conforme já analisado, as enfermarias escola foram espaços criados, com o objectivo de serem contextos promotores da aprendizagem dos alunos, mas que não possuíam as mesmas características em todos os hospitais, pelo que esta relação nem sempre privilegiava a formação e a aprendizagem. Considerava-se também nesta década a diferença de características entre as candidatas aos cursos de enfermagem, consoante as escolas a que concorriam, conforme referência em Nota XI (p.96).

Na década de 60, com a reforma de 1965 inovou-se na importância atribuída aos estudantes, a partir da definição de objectivos pedagógicos, que procuravam transferir para a aprendizagem dos alunos a organização do ensino, procurando-se que passasse a existir uma maior articulação teórico - prática em que o aluno prestava cuidados através da realização de visitas domiciliárias, de forma a adquirirem uma visão mais lata do doente na família e na comunidade, por forma a analisarem concretamente as consequências sócio-económicas da doença, sendo dada uma especial atenção à importância da orientação pedagógica, conforme nota XII (p.97).

O posicionamento começava de facto a ser outro, no que concerne à construção de um estatuto diferente para o aluno de enfermagem, no sentido de o aproximar dos outros estudantes do nível do ensino técnico-profissional, embora não integrado, “(...) os alunos devem gozar das férias e dos dias de descanso semanal e feriados concedidos aos estudantes do ensino técnico profissional⁵³⁹” (p.16). A mobilização dos alunos como força de trabalho, colocava-se à época tanto para os alunos do curso de enfermagem geral como para os do curso auxiliar de enfermagem. Em relação a este último nível foi importante a definição das tarefas que estes desenvolviam, bem como os princípios nos quais o ensino se

⁵³⁷ Relatório Simeão, (pp. 92/93).

⁵³⁸ Regulamentos da Escola de Enfermagem Artur Ravara – 1952, (p.13).

⁵³⁹ Projecto de diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem, da responsabilidade do Conselho Coordenador, do Ministério da Saúde e Assistência, (p.16).

deveria apoiar, clarificando que os alunos não deveriam ter um horário superior a oito horas diárias e que as escolas não estavam autorizadas a utilizar os alunos para «dar» trabalho às instituições, pois o objectivo da Escola deve ser assegurar uma sólida preparação aos seus alunos⁵⁴⁰. A introdução de novas metodologias e estratégias educativas com a reforma de 1965 e concretamente a criação e desenvolvimento da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, onde se valorizava a formação do enfermeiro enquanto pessoa e onde o profissional se construía numa lógica de valorização da centralidade da pessoa pressupondo uma perspectiva humanista que se desenvolvia tanto na educação como no exercício da profissão de enfermagem, essencialmente numa perspectiva de educação de adultos⁵⁴¹, princípios ilustrados na nota XIII (p.97).

No início da década de 70, a política educativa introduzia nova dinâmica para o desenvolvimento de uma relação entre o estudante e o Estado, mas em que para os alunos de enfermagem as condições não eram idênticas, apesar de serem reivindicadas. Foi criado o Instituto de Acção Social Escolar, tendo sido definida uma política de apoio sob a forma de bolsas, empréstimos ou outros apoios tal como as residências, propondo que estas não fossem monodisciplinares⁵⁴², o que reforça o referido no capítulo Lar/Residências.

Mas é de facto com a reforma de 1977, que ao aluno começa a ser atribuído um estatuto onde passava a ser reconhecido como «estudante»⁵⁴³ (p.9). A filosofia educativa deste curso⁵⁴⁴ propunha – se alicerçar a formação do enfermeiro no sentido em que este possa desenvolver-se como projecto em construção, permitindo que o curso de enfermagem conceda ao aluno que o termina, o reconhecimento de um grau académico que facilite desde já a integração com outros técnicos de saúde numa formação pós-básica. A necessidade de preparar enfermeiros capazes de discernir entre a realidade existente e premência de actuar sobre essa realidade no sentido de a melhorar, exige que o aluno tenha a oportunidade de, constantemente, desenvolver uma atitude de análise crítica frequente a situações concretas. A consequente interiorização dessa atitude permitir-lhe-á actuar ao longo da sua vida profissional como agente de transformação. O desenvolvimento da capacidade criativa do aluno deve ser em todas as oportunidades estimulado, quer através da relação pedagógica quer pelos métodos de trabalho utilizados.

Uma das formas de ilustrar a crescente preocupação com a aprendizagem dos alunos, é a referência ao sucesso / insucesso através da diminuição da percentagem de repetências identificadas entre 1958 e 1983: em 1958, cerca de 40%, em 1967 era de 20 % e em 1983,

⁵⁴⁰ Documento em papel timbrado da Direcção Geral dos Hospitais. Orientações relativas ao curso de auxiliares de enfermagem, (p.8).

⁵⁴¹ Brochura comemorativa do V aniversário da EEAE. 1972, (p.8).

⁵⁴² Relatório e análise dos projectos de reforma do curso – Conselho Escolar EEAE, (p.26).

⁵⁴³ Curso de enfermagem. Plano de estudos. Livro Verde, (p.9).

⁵⁴⁴ Curso de enfermagem. Plano de estudos. Livro Verde

não ultrapassava os 10%⁵⁴⁵, e ilustrado em relação à década de 60, no quadro nº6 – Nota XIV (p.98).

A evolução que se foi verificando, e após a Revolução de Abril com a introdução de novos dados no que concerne à participação dos alunos na vida das escolas (Portaria nº 674/76 de 13 de Novembro) onde, ao apelo à democratização das escolas e das suas dinâmicas de funcionamento, se juntava a noção cada vez mais segura de que a participação destes ia muito para além da participação na vida da escola. Valorizava-se essencialmente a participação activa na construção do ser em projecto que o estudante se constitui, sendo por isso questionados os métodos e os conceitos trabalhados com os alunos.

A preocupação com a articulação teórico-prática começava a fazer emergir a necessidade de coordenação entre o que se esperava dos recém-formados nos serviços e o que se ensinava nas escolas, pedia-se aos recém-formados que fossem «bons técnicos» e era esse um dos objectivos principais do plano de estudos. Desenvolvia-se a preocupação com a integração na vida activa, como factor importante a considerar na compreensão de como tornar mais próximo o espaço de formação e o espaço de trabalho e que Amendoeira (1995 e 1999) classificou como espaço social a trabalhar na perspectiva da dialéctica entre a formação e o trabalho.

A década de 80 foi uma fase crucial da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, procurando-se o reconhecimento para os estudantes de enfermagem de um estatuto de igualdade com os demais estudantes das outras áreas de estudo, “(...) os estudantes de Enfermagem deverão ter os mesmos direitos e deveres que os demais estudantes do mesmo nível do ensino⁵⁴⁶” (p.11).

A discussão já não se situava só no interior da escola, constituindo-se num tema de interesse público, quando era assunto de discussão em reuniões e encontros científicos e ou de reflexão sobre as questões concretas da enfermagem (componente académica e profissional), reconhecendo-se aos estudantes de enfermagem as mesmas regalias sociais que os outros estudantes do ensino superior⁵⁴⁷. Era o período da consolidação de mudanças que promoviam a passagem de uma pedagogia do ensino, que dava lugar a uma verdadeira pedagogia de aprendizagem, que forma alunos autónomos e com ideias próprias.

O modelo de formação cada vez mais próximo do ensino superior, contemplava alterações que a nível da organização do plano de estudos promoviam esta aproximação, mas na temática que se analisa, importa sobretudo enfatizar o facto de os princípios humanistas da educação valorizarem a participação dos alunos no processo ensino aprendizagem, reconhecia-se-lhes o estatuto para ingressarem numa formação que começava também a privilegiar a centralidade da pessoa saudável ou doente no processo de cuidados, numa

⁵⁴⁵ Comunicação proferida por Diniz de Sousa – 03.01.83, (p.15).

⁵⁴⁶ 1º relatório do grupo de trabalho - integração no Sistema Educativo Nacional, (p.11).

⁵⁴⁷ Conclusões da jornada: Ensino de Enfermagem: Reflexões 86.

aproximação entre um modelo pedagógico de orientação humanista e um modelo de cuidar, onde os princípios humanistas estão também presentes, cada aluno é um ser único, com uma cultura e uma experiência particulares, que lhe permitirão participar na vida escolar e na profissão.

Na década de 90 e, essencialmente pela investigação produzida a nível dos mestrados, os professores de enfermagem estudaram as questões inerentes ao desenvolvimento sócio-moral dos estudantes de enfermagem, de que se destacam dois autores (Ribeiro, 1997 e Manuel Lopes, 1999). Esta lógica do estudante como ser em projecto era valorizada, na medida em que a orientação pedagógica ia no sentido de o ajudar a atingir o sucesso pessoal e profissional, que promova o seu pleno crescimento pessoal e profissional. No que respeita às metodologias e estratégias desenvolvidas, valorizava-se a reflexão e o trabalho individual e de grupo⁵⁴⁸. Com a integração no sistema educativo nacional, o estudante de enfermagem passou a ter um estatuto idêntico ao dos outros estudantes, essencialmente a partir da tutela única do Ministério da Educação (actual Ministério da Ciência e do Ensino Superior), visto que no período da dupla tutela eram muitas as diferenças que existiam, salientando as questões da acção social que descriminaram os estudantes de enfermagem de forma negativa, na medida em que tradicionalmente os alunos de enfermagem pertenciam ao Ministério da Saúde.

O género no acesso e no percurso de aluno a enfermeiro

O género é uma dimensão que interessa analisar na medida em que permita compreender a construção social da enfermagem como profissão feminina. A questão do género adquire uma importância maior nesta discussão, na medida em que os teóricos do género, apontam como sendo um dos factores que tem inibido o desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem.

Em relação ao acesso era desaconselhada a admissão de alunos do sexo masculino, o que contribuía para uma percentagem diminuta em relação às candidatas (cerca de 20%).

Na década de 50, o trabalho da mulher ainda não era reconhecido como integrando o sistema de produção, centrando-se mais no domínio da esfera privada, ao considerar as actividades de enfermagem como extensão das actividades da vida doméstica, dificultava o reconhecimento da cientificidade do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros.

Na perspectiva das teorias do género, a manutenção da raiz feminina na profissão de enfermagem permitiria aos médicos manter e usar o poder de dominação sobre as mulheres, perpetuando assim a dominação da medicina sobre a enfermagem. Sendo interessante

⁵⁴⁸ Plano de Estudos e Programa Curso de Enfermagem Geral – 87, aprovado por despacho de 24.9.87, de Sua Exc^a. o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, (p.4 e p.7).

verificar que este facto social ocorre na profissão de enfermagem, tradicionalmente dominada pela profissão médica, não ocorrendo da mesma forma e num grau correspondente ao aumento da taxa de feminização de outras profissões de ajuda, como por exemplo na Medicina, até a um período relativamente recente. Não é reconhecida ainda à enfermagem a importância social da produção de serviços, pelo desenvolvimento de actividades na esfera pública, que não sejam exclusivamente consideradas uma extensão das actividades desenvolvidas na esfera privada. Estes eram princípios identificados nas tomadas de decisão sobre a admissão dos alunos de enfermagem, “De preferência, recrutavam-se pessoas do sexo feminino e jovens entre os 18 e os 30 anos (artº. 18º do Decreto Lei nº 38.885 de 28/08/52). Como condição de admissão chegou-se mesmo a exigir o estado de solteira ou viúva sem filhos (artº 4º alínea e) do Decreto Lei nº 32.612, de 31 de Dezembro de 1942⁵⁴⁹” (p.363).

Mas, a questão do género nos acessos e percursos da formação de enfermeiros, assume interesse de análise, na medida em que ajuda a compreender as questões da identidade profissional, partindo de uma reinterpretação da noção de dialéctica sujeito / sociedade, considerando-se que a construção identitária não ocorre apenas devido à pertença do indivíduo a um grupo: é a trajectória e o percurso de vida do indivíduo que permite moldar a sua identidade, os quais facultam o desenvolvimento de um processo estratégico. Dubar (1991) situado nesta perspectiva sociológica define identidade como resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização, que conjuntamente constroem os indivíduos e definem as instituições. É interessante apenas como apontamento, registar a evolução da feminização da profissão de enfermagem, de acordo com dados do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, conforme quadro seguinte.

Quadro nº 9 - Distribuição do pessoal de Enfermagem por sexo, nas Instituições de saúde⁵⁵⁰

ANOS	1974		1995	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Pessoal				
Enfermagem	63,6%	36,4%	81,8%	18,2%

De acordo com Rodrigues (2002, p. 103)⁵⁵¹, na recomposição dos grupos profissionais segundo o sexo, em 1998 e 1999, evidencia-se uma predominância global do sexo

⁵⁴⁹ Carmo, Romeu Santos (1981). Para uma nova concepção da profissão de enfermagem. Livro de Actas do 2º Congresso Nacional de Enfermagem, (pp. 362-368).

⁵⁵⁰ Ministério da Saúde. Nursing in Portugal. Departamento de Estudos Planeamento da Saúde.

⁵⁵¹ Rodrigues, Luís A. Carvalho (coord.) (2002). Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde, Lisboa, Edições Colibri

feminino, o que em relação ao pessoal de enfermagem corresponde a 83,15% de mulheres e 16, 85% de homens, assistindo-se a um ligeiro aumento das mulheres em relação a 1995. Em 2003⁵⁵² identifica-se um ligeiro retorno a 1995, com valores de 81% para o sexo feminino e 19% para o sexo masculino.

A procura de uma maior qualidade na selecção por forma a garantir uma melhor qualidade na formação, fez desenvolver o projecto já referido antes, que para além de seleccionar os candidatos, tinha também como objectivo orientá-los profissionalmente.

A Resolução do Conselho de Ministros⁵⁵³ define na actualidade, os princípios gerais quanto à admissão de estudantes para os cursos da área da saúde , essencialmente nas dimensões: vagas e no plano do ingresso, medidas que conjuguem a componente de formação académica com a componente vocacional. É retomada a referência à necessidade de modificar o regime de ingresso, no sentido de procurar alguma singularidade do mesmo, no que concerne aos cursos da área da saúde, recomendando a tomada de medidas mais apropriadas para a adopção de um modelo de ingresso que promova as escolhas dos estudantes com o mais adequado perfil de formação vocacional, objectivamente: objectividade de critérios; valorização do percurso educativo do candidato no ensino secundário e a utilização obrigatória da classificação final no processo de seriação.

A este propósito, considerando as competências das Escolas, e através da Comissão Especializada das Escolas Superiores de Enfermagem, de Saúde e de Tecnologias da Saúde, estrutura que funciona junto do Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos, em relação a esta matéria, pronunciou-se após vários momentos de debate no âmbito das reuniões do Conselho de Directores e Presidentes de Conselhos Directivos das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde⁵⁵⁴, considerando que “em reunião dos Presidentes dos Conselhos Directivos e Científicos das Escolas Superiores de Enfermagem (e saúde), foi entendido não ser oportuna a realização de uma prova de acesso específica da área de enfermagem e foi dada orientação às escolas de enfermagem para harmonização pelas diversas escolas, das disciplinas (pares) específicas para a área de enfermagem: (Área 1) – Biologia / Química / Psicologia, a partir das quais as escolas poderiam elaborar os elencos alternativos⁵⁵⁵”. Pelo que se mantém em aberto a questão da selecção direccionada para uma determinada área, que em relação à enfermagem é imperativo corrigir, por forma a controlar a variável em que se constitui a selecção dos candidatos a partir das opções de

⁵⁵² Ordem dos Enfermeiros (2003). Conselho de Enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato 1999-2003), (p.74).

⁵⁵³ Resolução do Conselho de Ministros, Decreto LEI nº 140/98 de 4 de Dezembro

⁵⁵⁴ Esta estrutura não tem reconhecimento oficial como parceiro no sistema educativo, tendo no entanto uma «estrutura tradicional» de debate e influência nas tomadas de decisão conjuntas quanto aos diferentes processos inerentes ao desenvolvimento do ensino de enfermagem ...”.

⁵⁵⁵ Relatório da Comissão Especializada das Escolas Superiores de Enfermagem, de Saúde e de Tecnologias da Saúde.

candidatura, onde se tem verificado que existe ainda uma elevada percentagem de candidatos admitidos, que optaram em 2ª ou 3ª opção.

CAPÍTULO 2 - ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM. AS DUAS FACES DE UMA MOEDA. A COMISSÃO NACIONAL DOS CURSOS DE PROMOÇÃO.

A situação portuguesa no que concerne à existência de dois níveis de formação, necessita ser analisada numa perspectiva crítica da educação, na medida em que enquanto a construção social do currículo foi da responsabilidade dos médicos, a lógica era de que para manter uma relação dominante/dominado, interessava que as enfermeiras fossem adequadamente preparadas para corresponderem à complexidade das tarefas que os médicos lhes delegassem.

Esta era uma situação que ocorria de forma semelhante noutros países, tal como Ashley (1976)⁵⁵⁶ refere, apesar de a enfermagem se tornar cada vez mais complexa, algumas enfermeiras, muitos médicos e administradores dos hospitais mantinham a posição de que a prática era a melhor, senão a única, maneira de ensinar a enfermeira e por isso a formação e o reconhecimento legal.

Em Portugal, entre 1947 e 1975, existiam dois níveis de formação – os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, genericamente com a designação de pessoal de enfermagem (Nota I, p.99), utilizando a imagem metafórica de *uma moeda com duas faces*, em que o cuidar de pessoas se situava no interface, embora com maior ênfase nos cuidados prestados pelos auxiliares sendo de colocar as questões – estes profissionais possuíam ou não as qualificações para prestarem cuidados globais? De que qualificações se fala? Ocorrendo a formação nos mesmos contextos e com os mesmos actores, como se distinguiam os saberes usados?

A situação sócio-político-económica na década de 40, ditou em relação ao ensino técnico, algumas mudanças. De acordo com Grácio (1986) no fundamental, as propostas da Comissão (de reforma) orientavam-se para a valorização e reabilitação do ensino técnico, cujo modelo que o sustenta é o do próprio sistema escolar no seu conjunto, que decorre da hierarquia em cujo topo são consagrados os saberes menos próximos das actividades de execução, mas que são também os mais legitimados quando se trata de assumir as funções de concepção e enquadramento daquelas actividades. Não, porque os conteúdos e os modos de transmissão e aquisição dos saberes do ensino superior fossem aplicados com a reforma, ao ensino técnico, mas porque as disciplinas a cargo de docentes formados pelas escolas superiores, com a mesma formação que os seus congéneres do ensino liceal, passaram a ter um peso relativo e absoluto maior, na repartição do tempo de aprendizagem dos alunos. No

⁵⁵⁶ Ashley, Jo Ann (1976). Hospitals, paternalism and the role of the nurse.

que concerne à enfermagem, os professores médicos eram equiparados aos professores universitários, visto que muitos deles eram doutorados e acumulavam também com o ensino da medicina.

Reforça-se a ideia de que por esta altura e no que concerne à enfermagem, eram os médicos que definiam toda a matriz do ensino, bem como organizavam, desenvolviam e avaliavam o referido ensino. E eram os médicos, os professores tanto dos enfermeiros como dos auxiliares de enfermagem, ficando estes mais próximos do nível da execução por delegação de outrem, no processo de cuidados, enquanto os enfermeiros passaram a assumir essencialmente as funções de gestão dos cuidados, das equipas e dos serviços.

A perspectiva defendida por Leite Pinto (citado em Grácio, Ib. p. 81) era que “...não é possível que os operários que sabem apenas ler, escrever e contar possam manusear – operar com – máquinas complexas,” encontrava aparentemente similitude na postura face à reforma no exercício e ensino de enfermagem, que começou a ser preparada e discutida no final da década de 50 (Relatório Simeão) e teve o seu apogeu com a reforma de 1964 e onde se pode encontrar o posicionamento de diversos intervenientes (médicos essencialmente) relativo à necessidade de melhorar a formação / preparação do pessoal de enfermagem, por forma a que melhor responda à evolução da medicina, mas onde era de facto estabelecida a diferença entre o que caberia ao auxiliar e ao enfermeiro, embora se preconizasse a dependência de ambos os níveis dos médicos, e dos auxiliares de enfermagem em relação aos enfermeiros.

De acordo com Grácio (p.84), “...o aumento da procura popular de ensino é coextensivo da acção governamental de expansão da rede, mas se admitirmos que a procura é em parte influenciada pela oferta, a acção governamental também prepara o terreno ao prolongamento da escolaridade obrigatória para 6 anos”, o que se repercutiu também na formação de enfermeiros, na medida em que com a reforma de 1952, mudaram as habilitações de acesso bem como a duração dos cursos, isto numa perspectiva de melhoria da formação tendo em vista a melhoria da qualidade do exercício de enfermagem.

É interessante compreender se em relação ao que se passou na enfermagem na mesma época, as Comissões foram ou não influenciadas pelos paradigmas existentes à altura, no que concerne à visão sobre a educação, de que se destacam: uma perspectiva teórico-reflexiva, mais próxima do pólo cultural e mais tributário do mercado escolar (bases doutrinárias de Carlos Proença), procurando uma formação mais ampla e geral em nome do humanismo cristão, embora acredite no valor económico da mesma. Ou uma visão mais tecnocrata, mais próxima do poder político e menos humanista (bases doutrinárias de Leite Pinto), insistindo no contributo de uma boa formação escolar para a economia, em que este argumento foi provavelmente determinante para estabelecer o consenso sobre a nova organização educativa, junto das instâncias de poder (Grácio, 1986). Relacionando estes

paradigmas com a evolução da educação em enfermagem, parece ser possível dizer que a primeira perspectiva terá influenciado mais as rupturas que foram sendo feitas a partir da participação dos enfermeiros nas reformas do ensino e do exercício.

O período que se analisa neste capítulo, tendo por referência a existência dos dois níveis de formação, situa-se essencialmente entre 1950 e 1975 numa primeira fase e depois até ao momento actual, definindo-se como um período de características muito próprias em termos sociais e políticos, que induziram dificuldades em promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, de forma organizada.

As condições do exercício profissional eram muito precárias, de onde se releva a grave carência de profissionais, mesmo depois da criação do curso de auxiliares de enfermagem em 1947 e de ter sido abolida a possibilidade de se ser enfermeiro sem possuir um diploma. A fim de centrar a análise a partir de testemunhos vivos da época, mobiliza-se o relato de um enfermeiro⁵⁵⁷, que ilustra a grande heterogeneidade em termos de formação, bem como o que caracterizava os contextos da acção (Nota II, p.99).

Mas não eram só os enfermeiros que se posicionavam desta forma, sendo também explícito o posicionamento dos elementos da Comissão de Reforma que trabalhou no âmbito do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde. Os relatos permitem enquadrar a situação da prática de enfermagem nos serviços hospitalares, sendo que o segundo relato ilustra para além desta dimensão, o que se passava tanto nos hospitais como na saúde pública (Nota III, pp.99-101).

A reforma de 1952, previa⁵⁵⁸ que as Escolas de Enfermagem e segundo a concepção da época, passassem a habilitar para as seguintes profissões: Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros e Monitores de Enfermagem.

Na década de 60, mantêm-se os dois níveis embora as condições de acesso e os curricula tenham evoluído, conforme analisado antes.

De acordo com Corrêa (2002)⁵⁵⁹ o Curso de Auxiliares de Enfermagem que teve o seu início em 1947, funcionando nas escolas existentes, intensificou-se com a criação de Escolas de Enfermagem a partir de 73, verificando-se que muitas dessas escolas formavam apenas auxiliares de enfermagem.

A medida política que privilegiava a formação de auxiliares, fazia com que o corpo profissional da enfermagem era na sua maioria constituída por auxiliares de enfermagem, sendo a sua formação sensivelmente inferior em duração e conteúdo.

Foi a partir dos anos 60 que se iniciou um movimento que viria a ser conhecido pelo Movimento dos Auxiliares de Enfermagem, embora a relevância do mesmo apenas se tenha

⁵⁵⁷ Gramacho, Marcolino (2000). Perspectiva histórica da profissão. Comunicação no 4º Congresso Nursing, Lisboa. Citado em Nunes, Lucília (2003) Um olhar sobre o ombro.

⁵⁵⁸ Decreto Lei nº 38.885 de 28 de Agosto de 1952

⁵⁵⁹ Corrêa, Beatriz Mello (2002). Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988.

verificado quando retomado em 1974, pelas condições sócio-políticas favoráveis na época. Mas a desproporção existente entre os auxiliares e os enfermeiros, permitiu que em 1969, tenham sido propostos cursos de promoção dos Auxiliares, tendo-se iniciado nesta época o trajecto para um único nível de formação, com competências mais uniformes.

Em 1971, há uma melhoria dos vencimentos. Contudo os enfermeiros sentem que, apesar desta retórica de necessidade e de imprescindibilidade, ainda são marginalizados em termos de vencimento quando comparados com outros profissionais do mesmo tipo (1º Congresso Nacional de Enfermagem em 1973). A grande maioria dos prestadores de enfermagem continua a estar assente nos Auxiliares de Enfermagem.

Publicamente, no decorrer do 1º Congresso Nacional de Enfermagem organizado pela então Federação dos Sindicatos Nacionais de Enfermagem (composta pelos Sindicatos Nacionais de Lisboa; Coimbra, Porto e Funchal), pela Associação Portuguesa de Enfermeiros (criada em 1968) e pela Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, propôs-se à tutela (Ministério da Saúde e Assistência) que o ensino de enfermagem passasse a estar integrado no Sistema Educativo Nacional.

Durante a primavera de 1973 (embora tenham vindo a ser criadas entre 1971 e 1975) dá-se a inauguração de um conjunto de novas escolas de enfermagem na maioria das capitais de distrito, ficando excluídos os Distritos de Aveiro e Setúbal. No entanto, estas escolas foram criadas para formar Auxiliares de Enfermagem!

Em 1972, dá-se a alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo e é criado o Curso de Promoção dos Auxiliares de Enfermagem que tinha a duração lectiva de 21 meses a tempo completo.

Em 25 de Abril de 1974 com a implantação de um novo regime, democrático, ocorreram modificações na sociedade e consequentemente na enfermagem. Os enfermeiros passaram a ter capacidade, como outros grupos profissionais, para reivindicarem melhores salários, melhores condições de trabalho e reconhecimento do exercício. Mas para além disto, os Enfermeiros e os Auxiliares de Enfermagem decidiram lutar por um único nível de formação inicial, tendo conseguido que os então Auxiliares de Enfermagem passassem a ser enfermeiros após a frequência com aproveitamento de um Curso de Promoção.

Em Setembro de 1974, acaba formalmente o Curso Auxiliar de Enfermagem (Decreto Lei nº 440/74 de 11 de Setembro). Em 1975, e através da Portaria 107/75 de 17 de Fevereiro, é criado um novo Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, não tão longo e em tempo parcial, como o que tinha sido criado em 1972 (em tempo total), sendo apontadas as seguintes razões para esta decisão:

- atendendo a que os actuais auxiliares de enfermagem já detinham um curso (Curso Auxiliar de Enfermagem) de 18 meses;

- tinham também uma experiência profissional centrada no *cuidar* que deveria ser promovida e valorizada;
- que na prática, dentro das organizações, prestavam cuidados gerais sem supervisão. Faziam exactamente o mesmo que os enfermeiros com o Curso de Enfermagem Geral, ainda que muitos destes ocupassem os lugares de Gestão.

Este curso de promoção tinha uma duração variável e decorreu sensivelmente até 1982 essencialmente em Centros de Formação, criados para o efeito.

Importa relevar que em 1975, existiam 15000 auxiliares de enfermagem e cerca de 3000 enfermeiros com o Curso de Enfermagem Geral.

Para procurar compreender este movimento, há necessidade de percorrer o caminho desde o início da década de 50.

Na década de 50 não era claro o que caracterizava ser auxiliar de enfermagem, e auxiliar de enfermagem especializado, relacionado com a heterogeneidade de formas para se ser auxiliar de enfermagem⁵⁶⁰, visto que as escolas estavam na dependência dos Hospitais e eram os médicos quem decidiam da formação do pessoal de enfermagem no cenário da saúde em Portugal (Nota IV, p. 101).

Torna-se importante discutir a evolução do conceito de auxiliares de enfermagem, numa perspectiva dicotómica entre as duas componentes da disciplina, na lógica da utilização do conhecimento numa perspectiva técnica. De acordo com Augusta Sousa⁵⁶¹ o afastamento dos enfermeiros da prática dos cuidados, ocorreu essencialmente pelo desenvolvimento das tarefas de administração e organização dos serviços, pela via dos conhecimentos que possuíam e que os ia aproximando dos poderes institucionais – administrativo e médico. Isto fazia com que a prestação directa de cuidados fosse desenvolvida pelos auxiliares de enfermagem, promovendo a aquisição de conhecimentos e de informação em relação aos doentes, pela proximidade que tinham com estes e pelo canal directo de acesso ao poder médico. É de questionar, no entanto, se o facto destes profissionais de enfermagem possuírem a informação, significava que possuíam a qualificação, que os credencializasse para a prestação de cuidados de enfermagem globais.

Na década de 60 e essencialmente no processo de reforma de 1965, permanecia a necessidade da referida clarificação, essencialmente pelo reconhecimento de que cada vez mais eram os auxiliares de enfermagem que prestavam os cuidados, que caberiam por

⁵⁶⁰ Relatório Simeão “As auxiliares de enfermagem (...) (1947 – Decreto-Lei nº 36.219), têm todas uma preparação mais ou menos homogénea sobre uma base mínima de instrução primária. A maioria possui um diploma que corresponde à frequência do respectivo curso profissional com passagem no exame final. As restantes possuem um diploma que corresponde apenas à passagem dum exame de Estado ao qual foram admitidas legalmente, ou por comprovarem 5 ou 10 anos de prática de enfermagem, a qual incluía, por vezes serviços prestados como serventes hospitalares ou como empregadas de consultório (Decreto-Lei nº 36.219 e Decreto-Lei nº 38.884), ou por terem frequentado com aproveitamento escolas nacionais ou estrangeiras.” (p. 37)

⁵⁶¹ Sousa, Maria Augusta (1995). A enfermagem nos últimos 20 anos. *Enfermagem em Foco*, Ano V, Dez

função aos enfermeiros, pelo que se reafirmava o princípio que sustentava o início da formação de auxiliares de enfermagem e, que era essencialmente a necessidade de «aliviar» as enfermeiras da sobrecarga que representava para estas, todo o serviço que lhes era atribuído, especialmente na organização hospitalar. O que continuava a não clarificar as diferenças, embora se assumisse já de forma mais evidente os riscos inerentes ao facto dos cuidados serem prestados por pessoal não qualificado para o nível requerido, o que acontecia essencialmente pelo défice de enfermeiros nos serviços ⁵⁶², fundamentos que de facto tornavam cada vez mais ténue a fronteira entre o que era um enfermeiro e o que era um auxiliar de enfermagem.

Na preparação da reforma de 65, que se iniciou com o primeiro relatório mais profundo sobre o ensino e exercício da enfermagem em 1957/58, clarificavam-se algumas das razões para a existência das auxiliares de enfermagem, bem como as desvantagens que daí poderiam advir, essencialmente ao nível da prestação de cuidados, pelo facto de nunca ter sido cumprida a premissa de que as auxiliares de enfermagem trabalhariam sob a orientação de enfermeiras (Nota V, p.102).

De acordo com o projecto de diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem, da responsabilidade do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência, eram claramente definidas as actividades a desenvolver pelos enfermeiros⁵⁶³.

A consciência da necessidade de mudança, era claramente assumida no 1º Congresso Nacional de Enfermagem (1973), onde os enfermeiros tomavam posição acerca da necessidade de organizar os serviços de saúde, no sentido de criar cada vez melhores condições de prestação de cuidados, propondo-se por um lado eliminar a descoordenação existente que favorece a indevida utilização dos escassos recursos em pessoal de enfermagem no País e por outro incentivar a formação de líderes e enfermeiros especialistas ou peritos, dos quais depende em grande parte o progresso da profissão, bem

⁵⁶² Relatório que faz o ponto de situação quanto ao Ensino de Enfermagem – Revisão do ensino de Enfermagem 65, (p.33).

⁵⁶³ “(...) prestar cuidados de enfermagem de acordo com as prescrições ou conselhos médicos e tendo em consideração as necessidades de ordem física, moral e social dos doentes;

- Ter inteligência superior à média do grupo profissional ou, pelo menos, igual;
- Ter bom senso, viveza de espírito e capacidades de ensino;
- Ter ideias precisas, saber exprimir-se com propriedade e interesse.
- Estar isento de defeitos graves, quer na personalidade, quer na constituição física;
- Dedicar-se a estudos que contribuam para que seja mais eficiente tanto na profissão como na sociedade.
- Partilhar voluntariamente os seus conhecimentos com outrem e colher satisfação em ajudar enfermeiras mais jovens e auxiliares de enfermagem, fazendo-as desenvolver as suas aptidões e ensinando-as a resolver os seus problemas.
- Ser sociável, estimar o outro, ter espírito de «equipa»; as colegas devem reconhecer nela uma pessoa cheia de recursos que as estimula a colaborar
- Colher satisfação em participar em obras sociais destinadas ao bem comum.
- Ter objectivos de vida bem definidas e a força de vontade e a segurança em si própria necessárias para prosseguir com todo e qualquer plano traçado ou resolução tomada.” Actas das Reuniões do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência”.

como clarificar os níveis de competência profissional, necessários às diferentes carreiras e funções.

No que respeita à importância da revisão do ensino de enfermagem, é de relevar um parecer da Direcção Geral⁵⁶⁴, no que concerne à existência de um só nível de formação, tal como era reivindicado, concordando com as intenções da promoção social, mas colocando reservas à fórmula prevista quanto às auxiliares de enfermagem, porque não beneficia nem a profissão de enfermagem, nem as profissões com as quais esta forma equipa, nem os doentes assistidos.

Estava-se na presença da defesa da qualificação para a competência na acção, adquirida através da formação, considerando a importância de possibilitar às auxiliares o ingresso no Curso de Enfermagem Geral, obviando o sentimento de que foram tornadas enfermeiras «à pressa». Qualquer destes tipos de promoção, permitir-lhes-ia aperfeiçoarem-se e aumentar os seus vencimentos.

No 1º Congresso Nacional de Enfermagem, concluía-se por unanimidade em relação a esta matéria, da importância da elaboração do estatuto profissional que considerasse a definição de funções dos vários membros da equipa de enfermagem, e a sua interrelação com os restantes elementos da equipa de saúde, de forma a evitar o frequente desvio de funções. Os profissionais de enfermagem reconheciam como grave entrave para o adequado exercício da sua profissão a ausência do espírito de equipa, não só entre os membros da equipa de enfermagem, mas também nas relações que estabelecem com os outros profissionais de saúde. Atribuem este problema, à inadequada definição de objectivos focalizados no cliente, ao deficiente conhecimento das respectivas funções e ainda a um quase total desconhecimento das técnicas de trabalho de grupo.

Concluía-se ainda na reunião magna dos enfermeiros que os profissionais de enfermagem reconheciam que a evolução da profissão tem sido prejudicada pela falta de prestígio, o que tem afectado em especial o recrutamento e a realização pessoal e profissional dos seus membros. Este problema tem sido agravado pelos constantes obstáculos levantados a todas as tentativas de qualificar a profissão. Como consequência, assistia-se à fuga de elementos válidos, para outras profissões.

Neste sentido, no 1º Congresso Nacional de Enfermagem, os enfermeiros concluíram pela proposta da criação de uma Comissão de enfermeiros para estudar o esquema de ensino de enfermagem integrado e progressivo, sendo clara a indicação de que a existência de dois níveis de formação, não permitiria uma integração pacífica, permitindo fazer a leitura de que só o curso de enfermagem geral reunia as condições de idoneidade para ser integrado a nível do sistema educativo nacional, no subsistema de ensino politécnico que entretanto

⁵⁶⁴ Documento em papel não timbrado – Parecer sobre o Projecto de Decreto Lei sobre o Ensino de Enfermagem, emitido por participante. Direcção Geral 19/6/62.

viria a ser criado, mas em que o seu precursor «ensino superior de curta duração», tinha vindo substituir o ensino técnico.

Em 1974, com a extinção do curso de auxiliares de enfermagem é conferido o título de enfermeiros de 3ª classe⁵⁶⁵ aos auxiliares com três anos de serviço no desempenho das funções de enfermeiro, tendo sido criado o novo curso de Promoção dos Auxiliares de enfermagem, com a duração de 8 meses, para os enfermeiros de 3ª classe.

Ainda hoje a decisão por um único nível de formação não é consensual, havendo quem discorde e por outro lado, quem entenda que foi um dos passos mais vanguardistas que os enfermeiros portugueses deram. Esta medida tornou Portugal no único país da Europa que cumpre a recomendação da OMS (Conferência de Munique, 2000) para um nível único de formação em enfermagem.

À época, a oposição a esta medida foi organizada pelo SNED (Sindicato Nacional dos Enfermeiros Diplomados)⁵⁶⁶, que defendia que os auxiliares deveriam ir para escolas para realizarem a formação, mesmo nas áreas em que desenvolviam as actividades. Aparentemente era um paradoxo, a defesa de que os auxiliares de enfermagem devessem fazer formação formal que os habilitasse para desenvolver a actividade, que já desenvolviam após as qualificações base, defendiam os promotores da equiparação.

Após a extinção do curso auxiliar de enfermagem, foi criada uma comissão de trabalho, pelo Despacho do Secretário da Saúde⁵⁶⁷, nota VI (pp. 102-103).

Entretanto são definidas as condições de passagem dos auxiliares de enfermagem, em 1975⁵⁶⁸, por um Despacho do Secretário de Estado, nota VII (pp.103-104).

É essencial para a compreensão deste fenómeno, compreender em que medida todo este processo de unificação dos níveis de formação, se repercutiu no processo de integração do ensino de enfermagem, no sistema educativo nacional.

O relacionamento entre os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, no que hoje é designado como processo de cuidados, ia sofrendo agravamento na medida em que os enfermeiros se afastavam mais para as tarefas de gestão, deixando a prestação de cuidados aos auxiliares, o que de alguma forma legitimava as reivindicações no sentido da

⁵⁶⁵ De acordo com Corrêa (2002, p.364), desde o início da década de 70 grande parte das Escolas produzia apenas auxiliares de enfermagem, que reivindicaram a sua passagem automática à categoria de «enfermeiro», o que foi concedido, tendo para o efeito sido criada a categoria de enfermeiro de 3ª⁵⁶⁵.

⁵⁶⁶ “A Comissão Pró Sindical foi criada em 17/06/74 e os seus estatutos foram oficializados e publicados no Diário da República de 3.5.78, 3ª Série, nº 103, tomando o nome de SNED, Sindicato Nacional dos Enfermeiros Diplomados. A origem do SNED ficou ligada ao reconhecimento da necessidade da defesa dos interesses da população portuguesa em matéria de saúde, na medida em que assumiu como principal objectivo – a defesa da formação profissional de base dos enfermeiros.” Corrêa, (2002, p.363).

⁵⁶⁷ Despacho do Sr. Secretário de Estado da Saúde, Dr. Carlos Macedo. Constituição da CNCP, em 7 de Maio de 1975.

⁵⁶⁸ Despacho do Secretário de Estado. Condições de passagem dos auxiliares de enfermagem e enfermeiros de 3ª.

promoção⁵⁶⁹. O que levava ao questionamento da existência de facto, de dois níveis de formação, para um só nível de intervenção.

Também Santos Carmo⁵⁷⁰ se posicionava face a esta questão, da seguinte forma “ Os enfermeiros, descontentes, deixaram aos auxiliares a prestação dos cuidados de enfermagem que consideravam desprestigiante, uma vez que podiam ser executados por profissionais de menores habilitações. Refugiaram-se em tarefas administrativas e burocráticas, que sentiam conferir-lhes mais prestígio: trabalhavam num gabinete, praticamente não faziam o turno da noite, tinham funções diferenciadas dos auxiliares, que eram seus subordinados na hierarquia profissional” (p.366). Já os auxiliares, consideravam-se os verdadeiros enfermeiros, aqueles que cuidavam dos doentes.

Mas sobre estas questões desenvolver-se-à a análise mais profunda no capítulo sobre a Dinâmica Sócio – Profissional.

A existência dos dois níveis de formação conduzia a uma acção quotidiana em que se repercutiam as diferenças que implicavam níveis de cuidados diferentes. A premissa teórica de que os cuidados prestados seriam diferentes, conduzia à necessidade de clarificar a diferença entre auxiliares de enfermagem e enfermeiros, para além do que era teoricamente diferente na formação, “Existe uma diferença entre «função de enfermeira» e «actividade de enfermeira». A primeira não pode ser delegada em auxiliares de enfermagem; as segundas podem, ou não, conforme a soma e profundidade de conteúdos que a sua execução requer, e conforme o risco a que expõem o doente. Há que estabelecer e manter nítida e firme a distinção entre enfermeira e auxiliar de enfermagem. Esta não pode nunca substituir aquela; permitir que se confundam é tornar contraproducente qualquer plano de defesa e fomento de saúde⁵⁷¹” (p.7), mantendo-se no entanto, uma ambiguidade construída na diferença do que não eram os auxiliares de enfermagem e, não por aquilo que eram, na realidade.

As escolas de enfermagem também procuravam definir e clarificar as diferenças entre os dois níveis de profissionais, “(...) estabelece-se que o Auxiliar de Enfermagem é um profissional diferente do Enfermeiro e não um enfermeiro menos categorizado. (...) na situação actual, que se espera transitória, dada a escassez do pessoal de enfermagem, (...) as auxiliares são muitas vezes chamadas a ocupar o lugar dos enfermeiros, (...) sendo assim terá de se atribuir ao curso de Auxiliares a função de ministrar, num ano escolar, o máximo de preparação teórica de enfermagem⁵⁷²” (p.9).

⁵⁶⁹ Cf. Diniz de Sousa, 1983, p.18 e Corrêa, 2002, p.365.

⁵⁷⁰ Comunicação do Enfermeiro Romeu dos Santos Carmo, no 2º Congresso Nacional de Enfermagem. 1981, p.366.

⁵⁷¹ Relatório Simeão, p. 7.

⁵⁷² Escola de Enfermagem Artur Ravara. Relatório de actividades dos anos 1953-1954. Documento oficial em papel timbrado EEAR, (p.9).

Também neste contexto se valorizou a importância da especialização, enquanto promotora da competência profissional, pelo que se apontava a importância de estudar a possibilidade de criar a categoria de perito ou enfermeiro especialista no contexto de enfermagem portuguesa o que permitiria a promoção dos enfermeiros sem os desviar dos cuidados aos indivíduos⁵⁷³ (Nota VIII, p.104).

Dez anos depois da criação da EEAE, cuja missão era essencialmente formar líderes para as diferentes áreas de intervenção da enfermagem e, num relatório diagnóstico da situação de saúde⁵⁷⁴ analisava-se a situação das chefias, identificando os recursos existentes e definindo estratégias de desenvolvimento de formação nesta área (Cf., p.117), demonstrando a manifesta insuficiência de formação de enfermeiros para desempenharem os diferentes níveis de gestão, mas também a consciência da sua necessidade e o esforço para o formar. Esta questão conduzia à discussão sobre a formação pós-básica que decorria no país e de acordo com Santos Carmo (1994)⁵⁷⁵ o permanente desenvolvimento dos cuidados de saúde e, concretamente nos cuidados de enfermagem, exigia que aos enfermeiros habilitados com o curso de enfermagem geral, fosse dada formação em áreas especializadas, tendo surgido assim os cursos de especialização em enfermagem.

Na década de 70 a Enfermagem consolidou instrumentos essenciais à construção da profissão e sua autonomia, de que Sousa⁵⁷⁶ releva a criação de um só nível de formação básica para a prestação de cuidados gerais, permitindo assumir conceitos unificadores sobre o sujeito dos cuidados (a pessoa e não a doença), os cuidados de enfermagem como um todo (técnico-relacionais) e a concepção dos cuidados de enfermagem básicos, ser desenvolvida e executada pelos próprios enfermeiros. Isto porque, a evolução da sociedade implicava necessariamente a evolução da disciplina e da profissão de enfermagem, considerando-se o enfermeiro como participante activo através da sua actividade profissional, atento às mudanças na Sociedade e influenciando essas mudanças. Ia-se desta forma assistindo, à construção de saberes essencialmente práticos, que não sistematizados nem reflectidos nessa mesma prática, dificilmente se transformavam em saberes legítimos à construção da «disciplina».

Era visível a preocupação do grupo profissional em sistematizar esses saberes, fosse por meio da divulgação nos periódicos das diferentes épocas, fosse nos Congressos que iam realizando, como é exemplo em 1985 no 3º Congresso Nacional que decorreu no Porto, os

⁵⁷³ Conclusão do I Congresso Nacional de Enfermagem Lisboa Nov. 73, (p.4).

⁵⁷⁴ Relatório do Diagnóstico de situação preparatória do plano 1977/80. Gabinete de Estudos e Planeamento da Secretaria de Estado da Saúde, (256p).

⁵⁷⁵ Carmo, Romeu dos Santos (1994). Formação de enfermeiros especialistas. Repercussões da aplicação de uma prova de conhecimentos para selecção de candidatos. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Não publicado.

⁵⁷⁶ Sousa, Maria Augusta (1995). A enfermagem nos últimos 20 anos. *Enfermagem em Foco*, Ano V, Especial, Dez. p.8

enfermeiros assumiam uma postura de construção de espaço próprio de acção, caracterizado não só por uma perspectiva de orientação biomédica, mas em que as pessoas (clientes) passavam a ser considerados como centrais a todo o processo de cuidados.

A influência dos teóricos estrangeiros quanto aos conceitos de enfermagem e, a influência da introdução das ciências sociais e humanas na formação, bem como novas perspectivas da saúde mais centradas no cidadão, situavam o pensamento em enfermagem, cada vez mais próximo do conceito de transição proposto por Meleis, e que nesta tese é central para a compreensão do fenómeno em estudo.

E ao valorizar esta postura teórica dos enfermeiros, é porque se considera este posicionamento típico dos grupos profissionais em processo de profissionalização, na medida em que passam do nível das reivindicações profissionais, para uma preocupação com o nível de cuidados e da saúde das populações que servem.

Os enfermeiros apontavam os factores dificultadores do desenvolvimento de uma enfermagem verdadeiramente promotora da excelência dos cuidados de saúde, “...Alertando as Autoridades: (...) para a deficiente integração dos serviços de cuidados primários de Saúde; (...) para a carência e má distribuição do pessoal dos serviços de saúde; (...) para a deficiente organização e ausência de trabalho de equipe o que acarreta má oferta de serviços à população; (...) e para o afastamento, em muitos serviços, dos Enfermeiros, das actividades de planeamento, decisão e avaliação⁵⁷⁷” (p.82).

Retomando a análise inerente à existência de dois níveis de formação, interessa analisar a organização e funcionamento do curso de promoção de enfermeiros de 3ª, quanto aos intervenientes, pois no que respeita aos contextos e às disciplinas, já foi feito no âmbito da heterogeneidade dos cursos .

O perfil dos formadores era discutido em torno da noção de que os formadores principais deveriam ser enfermeiros embora com a colaboração de outros técnicos, entre os quais médicos. Existiam no entanto, dificuldades em encontrar enfermeiros com qualificações para o desenvolvimento do referido ensino⁵⁷⁸, colocando-se por exemplo a questão de saber se a leccionação de conteúdos inerentes a uma qualquer área de especialidade, poderia ser feita por uma auxiliar de enfermagem especializada nessa área ou se forçosamente deveria ser da responsabilidade de uma enfermeira do Curso de Enfermagem Geral com especialidade, sendo orientação da Comissão Nacional dos Cursos de Promoção (CNCP) que nos Cursos de Promoção, a responsabilidade das disciplinas de enfermagem era sempre de um/a enfermeiro/a, mas podendo recorrer-se a prelectores médicos, se necessário.

Em relação à constituição dos Centros de Formação, foram definidos alguns critérios a usar na creditação dos mesmos “(...) existência de coordenador; (...) possibilidades de formar

⁵⁷⁷ 3º Congresso Nacional de Enfermagem. Porto 1985, p.82

⁵⁷⁸ Acta da 50ª reunião da CNCP – 7/1/76

equipa pedagógica; (...) local – instalações e equipamentos; (...) financiamento; (...) número de alunos que justifique a criação do centro; (...) (sendo esta) resolução a tomar localmente⁵⁷⁹. Os Centros de Formação funcionaram em Escolas, Hospitais e Centros de Saúde, sendo necessário que fossem previamente creditados pela CNCP. Em relação aos candidatos, tornava-se necessário avaliar as experiências pessoais (através de Curriculum Vitae) função que cabia aos Sindicatos, mediante creditação discutida entre estes e a CNCP⁵⁸⁰.

No que concerne à avaliação era também discutida no sentido da definição do papel dos professores neste processo⁵⁸¹, o reforço da legitimidade da formação desenvolvida nos Centros de Formação, advinha da necessidade sentida por alguns dos seus elementos em que não pudesse ser colocado em causa todo o processo, atendendo às expectativas de integração no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior e em que um grupo profissional fraco e dividido não facilitaria esse processo.

Considerando a evolução decorrente da integração do ensino no Sistema Educativo Nacional, ocorrido tardiamente e de que a Enfermagem procura recuperar o tempo perdido, ilustrado por 15 anos de intenso trabalho e mudança, que passou primeiro pelo processo de construção curricular a nível do ensino superior; pelo processo de integração dos professores de enfermagem na carreira do ensino superior politécnico; pelo processo de equivalências de graus académicos aos enfermeiros, de acordo com a formação e a experiência profissional de cada um, até à licenciatura de base, em ciclo único, só possível pela alteração da Lei de Bases da Educação em 1997, e pela grande capacidade de todos os intervenientes (Professores, Estudantes, Sindicatos e outras organizações) em rumarem no mesmo sentido da construção da disciplina e da profissão de enfermagem.

A década de 90 é, uma época de sedimentação, consolidação e consciencialização, não só de que a formação é desenvolvida no ensino superior politécnico, facto de que advém ser uma profissão reconhecida pela academia no que concerne aos graus académicos que os enfermeiros estão habilitados a adquirir, tão importantes para a construção disciplinar e processo de profissionalização. Mas é também tempo de serem assumidos novos desafios que se alicerçam no aprofundamento da prática, que permita reorientar a acção, de acordo com as novas necessidades de saúde, a complexidade da organização dos cuidados, mobilizando saberes complexos que são desenvolvidos por profissionais numa perspectiva de trabalho técnico – intelectual, onde o processo de cuidados⁵⁸² se caracteriza cada vez mais como um processo de interacção onde o centro de interesse é a pessoa e o profissional

⁵⁷⁹ Acta da reunião de 6 de Maio de 1975, p.2

⁵⁸⁰ Acta da 54ª reunião – 2/2/76, p.4

⁵⁸¹ Acta da 72ª reunião - 8/10/76, p.13

⁵⁸² Amendoeira, José (2000). Cuidado de enfermagem. Que sentido(s)?

é aquele que diagnostica, planeia e executa o cuidado de enfermagem, que ele próprio controla.

No capítulo 2.1.2 desta parte do trabalho, analisa-se de forma mais profunda as questões inerentes aos enfermeiros enquanto profissionais de trabalho técnico – intelectual, reflectindo a identificação de um modelo de formação mais adequado a esta perspectiva.

Importa aprofundar um pouco mais as questões do género e a dinâmica sócio-profissional dos enfermeiros, no período em estudo.

CAPÍTULO 2.1 - O GÉNERO, A AUTONOMIA E A IDENTIDADE SÓCIO-PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

A análise a produzir, suporta-se como é óbvio na premissa de estar-se perante um grupo profissional maioritariamente do género feminino, mas onde, com alguma descontinuidade do número de efectivos sempre existiram indivíduos do género masculino, com importância na construção do mesmo.

Esta é uma questão muito importante no que concerne ao género, na medida em que o processo de profissionalização tem estado conotado com a representação feminina da profissão, a ponto de haver necessidade de distinguir entre o *ser mulher* e o *ser enfermeira*, numa aparente ilustração pela necessidade de ao expressarem as suas posições o fazerem com relevância para a explicitação ...«Eu, como enfermeira,...», «eu, enquanto enfermeira...», ou ainda «ser enfermeira é...», o que “adquire um significado específico para os homens numa profissão fortemente feminizada em que são profundamente marcados na sua identidade social por esta pertença e pela imagem que a mesma impõe, em relação à qual se têm inevitavelmente de situar, quer a assumam, quer a rejeitem” (1999). Simões (2001) refere a este propósito que os profissionais do sexo masculino surgem marcados pela sua condição institucional de profissionais, enquanto que as mulheres permanecem marcadas pela sua pertença à categoria do sexo.

De acordo com Collière (2003) contraditoriamente, está-se hoje perante uma inversão não menos grave, já que no momento em que foi adoptada a feminização dos termos, as enfermeiras se tornaram «enfermeiros», o que viola ainda mais a análise sócio-antropológica, visto que a representatividade demográfica é de cerca de 90%, para o género feminino.

O Género

Para além dos valores estatísticos que interessa analisar, a taxa de feminização teve a sua raiz também na definição que os contextos da acção faziam quanto a se eram enfermeiros ou enfermeiras quem prestava cuidados. Havia um entendimento de actividade «sexuada» na medida em que sendo o foco de atenção a doença, as alunas não estagiavam em serviços de «doenças de homens» e os alunos não estagiavam em serviços de «doenças de mulheres ou de crianças» “(...)os enfermeiros masculinos serão precisos para certas especialidades, como a de Urologia e Venereologia, onde a intervenção do pessoal feminino parece inconveniente e ainda, no estado actual das coisas, para o recrutamento do pessoal de enfermagem psiquiátrica”, “(...) os alunos do sexo masculino não efectuarão os estágios nos serviços de obstetrícia, ginecologia e pediatria, tendo em seu lugar os dermatovenerologia e urologia”⁵⁸³ (p.18). Idêntica indicação era dada para as alunas, no mesmo documento, “(...) para os alunos do sexo feminino os estágios de cozinha de dieta e rouparia são obrigatórios”(Ib. p. 18), sendo que em relação à enfermagem psiquiátrica a preferência por enfermeiros relacionava-se com a violência e a agressividade dos doentes, associado à necessidade do uso da força.

Mobiliza-se aqui o que Bourdieu (1999) refere serem «expectativas objectivas», sobretudo em estado implícito da divisão do trabalho, que as disposições ditas «femininas» inculcadas pela família e por toda a ordem social podem consumir-se, ou até mesmo florescer, contribuindo para reforçar a dicotomia sexual fundamental, tanto nos postos, que parecem reclamar a submissão e a necessidade de segurança, como nos seus ocupantes, identificados com posições nas quais se reencontram e se perdem ao mesmo tempo. A lógica essencialmente social daquilo a que se chama a «vocação» tem por efeito produzir tais encontros harmoniosos entre as disposições e as posições que fazem com que as vítimas de dominação simbólica possam cumprir com felicidade as tarefas subalternas ou subordinadas que são fixadas às suas virtudes de submissão, de amabilidade, de docilidade, de dedicação e de abnegação⁵⁸⁴.

Na década de 60, quando se desenvolvia o processo para a maior reforma do ensino de enfermagem em Portugal (antes da criação do curso de licenciatura de raiz) continuava a fazer – se a discriminação na admissão quanto ao sexo dos candidatos, ainda na perspectiva das tarefas que iriam executar, muito na lógica da ligação da intervenção (cuidados) à imagem de quem os presta, situação que parece ser ainda a representação na actualidade, de acordo com Fernandes (1996, p.95) “os enfermeiros demonstraram nas suas representações a projecção de uma identidade dominante sobre a realidade profissional, enquanto que as mulheres revelaram uma clara associação entre o saber formal e a prática profissional”.

⁵⁸³ Documento em papel timbrado do Ministério do Interior – Inspecção da Assistência Social. Situação do ensino de enfermagem. Enfermarias escola.

⁵⁸⁴ Cf. Bourdieu, Pierre (1999). A dominação masculina, Oeiras, Celta, p.50

A identificação da enfermagem com o género feminino, era associada ao facto de, por esta via (dos saberes e dos poderes) ser mais fácil manter a relação de subordinação às estruturas de poder na saúde, sendo o posicionamento masculino nesta matéria, caracterizado por uma análise androcêntrica, quando se considerava que a explicação para o facto dos homens serem indesejados na enfermagem, foi alimentada pelo mito de que a enfermagem era uma profissão essencialmente feminina e os lugares de topo da hierarquia profissional terem sido, na quase totalidade, ocupados por enfermeiras⁵⁸⁵. A própria selecção e admissão era já condicionada na medida em que poucas escolas de enfermagem admitiam alunos do sexo masculino, mas mesmo assim em ínfima proporção relativamente ao número de admissões do outro sexo.

A perspectiva que defendia a tese de que a feminização da profissão era apoiada, passava também pela descriminação que existia quanto aos benefícios indirectos atribuídos só às enfermeiras profissionais: alojamento e alimentação praticamente gratuitos.

Introduz-se nesta análise, uma reflexão⁵⁸⁶ acerca do papel social da mulher no que concerne aos cuidados de enfermagem. Sendo a enfermagem uma profissão no feminino, é importante reflectir estas questões, no âmbito do estatuto da disciplina de enfermagem no processo de cuidados, considerando este último como organizador da socialização dos enfermeiros. No processo de profissionalização da enfermagem, parece ter existido uma influência directa dos movimentos sociais internacionais de emancipação das mulheres, no contexto nacional, repercutindo-se no reconhecimento das capacidades para serem as mulheres as líderes da enfermagem. Verifica-se em Portugal, desde o final da década de 50, que as mulheres enfermeiras começaram a ocupar lugares de topo da hierarquia da enfermagem⁵⁸⁷.

No que concerne ao ensino de enfermagem, e concretamente à gestão das escolas, foi no final da década de 60 que começaram a surgir as primeiras Directoras de Escolas de Enfermagem, que eram enfermeiras⁵⁸⁸.

Questiona-se, no entanto, se este foi um reconhecimento próximo do que caracteriza por referência aos valores progressistas de esquerda (reconhecendo às mulheres direitos universais iguais, atribuindo – lhe um papel de decisora na acção e como tal capaz de

⁵⁸⁵ Santos Carmo, Romeu dos (1981). Para uma nova concepção da profissão de enfermagem, In: Livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem, p.364

⁵⁸⁶ Amendoeira, José (1998). O estatuto dos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 2(2) 2ª Sem., p.18-22

⁵⁸⁷ Maria da Graça Simeão (Inspecção da Assistência Social - Ministério do Interior); Maria Fernanda Resende (Inspecção Técnica de Enfermagem – Ministério da Saúde); Mariana Dulce Diniz de Sousa (Vários cargos em serviços centrais, culminando na superestrutura que se designava DRHS), Alves Diniz (Coordenadora da Região Europeia da OMS), entre outras.

⁵⁸⁸ Nas escolas dependentes do Ministério da Saúde, excepto na Escola de S. Vicente de Paulo, em que a Directora era uma enfermeira, desde a sua criação em 1939 e na Escola Técnica de Enfermeiras, desde a sua criação em 1940 (esta escola era dependente do Ministério da Educação Nacional).

influenciar o curso das coisas e o percurso dos processos), ou em que medida não foi apenas permitido às mulheres perpetuar a sua capacidade de serem boas mães , esposas e enfermeiras? Esta questão era colocada, pois apesar de se apelar na década de 70 para que as escolas se tornassem mais abertas à comunidade, mais democráticas, mais interactivas, os valores que orientavam ainda nesta altura a actuação das enfermeiras, eram os valores inerentes à sua condição de mães, que deviam promover e desenvolver nas (maioritariamente femininas) alunas de enfermagem, valores como: a lealdade, para com o médico (e não para a pessoa / cliente); o respeito pelas prescrições médicas, enfim, privilegiando mais a subordinação e a submissão (valores do romanticismo) do género feminino ao género masculino (cf. Pearson e Vaughan, 1992), “A mulher, preenchia algumas características que julgo dignas de reflexão:(...) Psicologicamente, a mulher, submetida aos cânones da cultura tradicional, aceitava passivamente a dominação do homem. (...) Impedidas de casar, por força de uma lei imoral, as enfermeiras nem por o serem deixavam de ser mulheres, o que as tornava afectivamente mais dependentes e inseguras⁵⁸⁹” (p.364).

Já o discurso feminino fazia uma apelo a considerar as razões culturais e históricas, para compreender a divisão sexuada do trabalho. Essencialmente na dimensão profissional a origem cultural da enfermagem prática é, por razões históricas, culturais e até ligadas ao meio, os cuidados aos doentes, a preparação dos mortos, a assistência a mulheres na hora do parto são funções femininas, como que ligadas ao atributo sexo, independentemente da formação profissional. É nesta perspectiva que Bourdieu (1999, p.57) considera que “ a dominação masculina, constitui as mulheres em objectos simbólicos (...) tendo por efeito colocá-las num estado permanente de insegurança corporal ou, melhor, de dependência simbólica: existem antes do mais por e para o olhar dos outros, (...) enquanto objectos acolhedores, atraentes, disponíveis. Espera-se delas que sejam «femininas», sorridentes, simpáticas, atenciosas, submissas, discretas, reservadas, senão apagadas”, características que interessava promover e isolar da perspectiva profissional.

Para o mesmo autor, as transformações da condição feminina obedecem sempre à lógica do modelo tradicional da divisão entre o masculino e o feminino. Os homens continuam a dominar o espaço público e o campo do poder (nomeadamente económico, na produção) enquanto as mulheres ficam votadas (de maneira predominante) ao espaço privado (doméstico) lugar da reprodução (Ib., p.81), sabendo-se que a enfermeira não era economicamente autónoma, pelo pouco salário que recebia, o que numa perspectiva sociológica enquanto mulher, a limitava na sua capacidade reivindicativa. Na perspectiva de Bourdieu (cf. p.81) perpetua-se assim a lógica da economia dos bens simbólicos, ou as

⁵⁸⁹ Romeu dos Santos Carmo, comunicação inserida no livro de Actas do II Congresso Nacional de Enfermagem, p.364

espécies de extensões dos mesmos espaços (privados) que são os serviços sociais (nomeadamente hospitalares) e educativos ou ainda aos universos de produção simbólica.

A enfermagem ainda é vista como um trabalho tradicional da mulher, mas é desenvolvido num mundo tradicionalmente masculino.

A análise nos diferentes domínios mostra a evidência que foi no final da década de 60, que o grupo profissional dos enfermeiros começou a assumir a condução dos destinos da profissão e do ensino⁵⁹⁰, com a contribuição dos factos sociais a seu tempo analisados – reforma do ensino em 1965; criação da EEAE e o início da investigação em enfermagem, como metodologia de sistematização dos conhecimentos utilizados pelos enfermeiros na acção quotidiana.

O Género, a Autonomia e Identidade

O conceito de autonomia foi evoluindo nesta década (60) essencialmente a partir da separação das escolas dos hospitais, com consequente autonomização da enfermagem enquanto disciplina e na medida em que passaram a ser os enfermeiros a fazer a gestão do ensino, desde a concepção, organização e desenvolvimento curricular, até ao assumir da enfermagem como nuclear aos cursos de formação em enfermagem (aos diferentes níveis – base; especialização e complementar).

Os enfermeiros posicionavam-se face ao conceito de autonomia, mas uma falsa autonomia, na medida em que a enfermagem era entendida como uma profissão que atingiu a autonomia e não a independência, pois interessava não esquecer que hierarquicamente o pessoal médico tinha posição superior ao pessoal de enfermagem.

A existência de uma grande heterogeneidade de profissionais, tornava provavelmente mais difícil a construção de uma identidade, “(...) A enfermagem tem por fim cooperar, através das actividades específicas dos seus profissionais, na promoção das condições gerais de saúde, na prevenção e tratamento das doenças e na recuperação dos diminuídos físicos e mentais.” “(...) consideram-se profissionais de enfermagem os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. (...) para efeitos do presente diploma, as parteiras são equiparadas aos profissionais de enfermagem⁵⁹¹” (p.1).

A Enfermagem como profissão de ajuda, evoluiu de uma lógica assistencial caracterizada por uma orientação de submissão a quem possuía o poder social de definir a imagem dos enfermeiros à sua imagem e não à verdadeira imagem dos próprios.

⁵⁹⁰ Relatório que faz o ponto de situação – revisão do ensino de enfermagem – 65,(p.16-17).

⁵⁹¹Projecto de diploma sobre o exercício e o ensino de enfermagem da responsabilidade do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência.

A imagem do enfermeiro como auxiliar do médico teimava em manter-se inalterada, de acordo com o que referia Santos Carmo (1981)⁵⁹², afirmando mesmo que “se não formos capazes de nos situarmos no presente, mas com os olhos postos no futuro estaremos a dar razão aos que, porventura, possam ainda olhar com cepticismo a ascensão da enfermagem à categoria de parceiro de pleno direito entre as demais profissões de saúde, ultrapassando definitivamente o estatuto de grupo de subordinados às ordens de outros” (p.167).

No mesmo espaço de debate entre os enfermeiros, assumia-se que, “(...) a afirmação sócio-profissional dos enfermeiros (...) pode conseguir-se através de três parâmetros fundamentais:

- 1 – estatuto profissional – afirmação e reconhecimento de um estatuto que seja um instrumento jurídico e não um repositório de intenções e normas éticas.
- 2 – investigação (...) instituída e incrementada de modo a definir as bases da actuação de enfermagem de modo a poder proporcionar os utentes, na hora própria, os melhores cuidados.
- 3 – ensino (...) reformulado e estruturado a três níveis distintos: (...) ensino básico; (...) ensino post-básico; (...) ensino superior, (...)”⁵⁹³.

Os profissionais de enfermagem reconheciam como um grave entrave para o adequado exercício da sua profissão a ausência de espírito de equipa, não só entre os membros da equipa de enfermagem mas também nas relações que estabeleciam com os outros profissionais de saúde. Atribuía este problema, à inadequada definição de objectivos focalizados no cliente, ao deficiente conhecimento das respectivas funções e ainda um quase total desconhecimento das técnicas de trabalho de grupo. De acordo com Collière (2003), a partir da década de 70, a formação orientou-se para os cuidados de enfermagem. Todavia o modo de os abordar continuava muito dependente da aquisição de um modelo de pensamento a partir de um conceito imposto e de procedimentos a aplicar. Da enfermeira – modelo ao modelo para enfermeira, a distância é mínima. A necessidade de um consenso unitário, para que toda a gente adopte o mesmo raciocínio, dito «científico», a mesma linguagem, o mesmo processo, permitirá construir realmente uma identidade profissional? Esta questão será trabalhada mais adiante.

Ernesto da Fonseca⁵⁹⁴ considerava que o caminho para a autonomia fazia-se em tempos e velocidades diferentes, sugerindo como medida imediata a implementar no sentido da aproximação: educação permanente aos enfermeiros diplomados há mais anos, promovendo uma atitude activa e de participação na construção da profissão tanto na organização como na gestão dos cuidados.

⁵⁹² no 2º Congresso Nacional de Enfermagem.

⁵⁹³ Comunicação do Enfermeiro Dr. José Augusto Guimarães dos Reis, no 2º Congresso Nacional de Enfermagem, p.100

⁵⁹⁴ 2º Congresso Nacional de Enfermagem. Comunicação proferida por Ernesto da Fonseca, (Cf., p.285).

A questão era saber, se se estava na presença de um ou vários grupos profissionais com estas características. O desenvolvimento do modelo biomédico, fazia emergir um conjunto de novos profissionais, que favoreciam uma perspectiva redutora da saúde, sendo este aspecto suportado pelo que dizem os defensores da raiz autónoma da enfermagem, quando referem que esta está a ver emergir da área tradicional do exercício, novas profissões técnicas que rapidamente se tornam independentes. Ocorre essencialmente no caso das profissões com objectivos repetíveis, com normas de trabalho, uniformes e uniformizantes, e que tendem a dominar o respectivo exercício. Acresce a este debate a ênfase na especialização crescente, na perspectiva em que “...quanto maior for a especialização, mais regulamentado tem de ser o exercício e quantos mais regulamentos, menos autonomia (Nota I, p.105).

Na década de 80, a enfermagem como profissão mantinha a característica de ser exercida essencialmente por mulheres, reconhecendo-se a sua importância em termos sociais, mas em que, a capacidade de intervenção da mulher na realidade social, carecia ainda de poder social para intervir, numa sociedade que valorizava pouco o cuidar.

De acordo com Lopes (2002) no domínio específico das ideologias de enfermagem, a literatura sociológica disponível tem evidenciado a existência de uma estrutura ideológica dominante, onde a noção de cuidar constitui o operador ideológico central, aglutinador das referências de sentido das práticas de enfermagem e da sua diferenciação, relativamente às práticas profissionais de outros grupos.

De acordo com a mesma autora, até meados do século XX, o referente material é o doente, tanto no desenvolvimento de uma missão humanitária de apoio moral e conforto dos que sofrem como, na função técnica de auxiliar do médico. Mas, este referente material é indissociável da centralidade que assume a lealdade ao médico, ou seja, é em função dos critérios médicos que são elaboradas e legitimadas as modalidades do cuidar. Se o cuidar expressa a forma de estar ao serviço do doente, a sua legitimidade sustenta-se na lealdade ao médico (Ellis, 1988; Elzinga, 1990).

Mas e de acordo com Dias (2003) a história da enfermagem é atravessada pelo conceito de género, pois desde sempre, as práticas de cuidados têm sido associadas à mulher. Se como disciplina científica, a enfermagem tem tido um desenvolvimento notório, como profissão continua a estar ligada ao estereótipo feminino e, conseqüentemente, a ser desvalorizada no contexto dos cuidados de saúde.

Ainda de acordo com a mesma autora, a história da enfermagem testemunha como o conceito de género, penetra e atravessa todos os aspectos da disciplina de enfermagem (Meleis, 1991). Assim, para compreender o significado do conceito de cuidar é necessário centrar-se essa compreensão na mulher, enquanto sujeito ao qual, ao longo dos tempos, tem sido associado o papel de cuidadora.

Na construção do masculino e do feminino o processo de socialização é marcante, dado que, ao reproduzir os conteúdos simbólicos associados a cada categoria sexual, transforma-se numa espécie de marcação natural das diferenças entre os sexos (Amâncio, 1998) e configura, no imaginário, conteúdos assimétricos e hierarquizados acerca da atribuição de características aos homens e às mulheres (Lenney, 1991), que se traduzem em diferenças de género.

Qualquer pessoa a exercer uma profissão, terá pelo menos uma dupla identidade: primeiro a identidade sexuada de ser homem ou mulher, e é desta forma que os enfermeiros se devem posicionar e não como «enfermeiro» ou «enfermeira», pois é enquanto homem ou mulher que se exerce esta profissão. Em segundo, a identidade advém da profissão, fundamentada no que caracteriza a natureza da prestação de cuidados, que importa explicitar os argumentos dos efeitos terapêuticos e do contributo sócio-económico⁵⁹⁵.

Outros actores enfermeiros posicionavam-se face a esta problemática, conforme se pode acompanhar pela nota II (pp. 105-106).

A manutenção de uma perspectiva de cuidados (na actualidade), caracterizada pela ênfase na função técnica de curar (exames médicos e tratamentos), torna invisível (deixa na sombra) porque não permite explicitar a atitude que caracteriza uma intervenção que tem a pessoa como centro do cuidado de enfermagem, ao invés da centralidade nas doenças, que pouco considera até a pessoa doente.

É esta dificuldade em clarificar o que é o cuidado de enfermagem, que assusta os actuais enfermeiros que vêm no surgimento de novos agentes de cuidados uma ameaça, na medida em que não consigam justificar a finalidade e explicitar os efeitos terapêuticos com base numa análise profissional.

Associa-se à construção das identidades, a importância de um novo paradigma para a formação, que necessita ser cada vez mais promotor de qualificações dos enfermeiros, tendo em vista o desenvolvimento de competências que lhes permitam cuidar, diminuindo as actividades de tipo mecânico e repetitivo. Este facto tem sido aceite com dificuldade devido ao baixo «status» em que a profissão é ainda considerada nalguns sectores, “Isto tem contribuído para não se proporcionar às enfermeiras o tipo de formação que lhes permitirá desempenhar com competência as funções que hoje em dia já lhes são pedidas e que muitas vezes se vêm obrigadas a exercer sem a devida preparação⁵⁹⁶” (p.23).

Os enfermeiros em Portugal posicionavam-se face a esta matéria, defendendo a importância do desenvolvimento de uma formação de qualidade, que lhes permitisse prestar os cuidados que lhe são específicos, que dependem da sua iniciativa e responsabilidade (autónomos)

⁵⁹⁵ Collière, Marie Françoise (2003). Cuidar... a primeira arte da vida. Oeiras, Lusociência, p.99

⁵⁹⁶ Documento preparatório. Bases para a criação do curso superior de enfermagem, p.23

com a mesma competência com que prestam os que dependem da prescrição médica (dependentes e interdependentes)⁵⁹⁷.

Integra-se assim uma lógica inerente à difusão e ao uso do conhecimento científico na nossa sociedade que dá visibilidade ao trabalho técnico-intelectual, que nos contextos organizacionais ou institucionais de interacção social permite ao profissional que o desenvolve, analisar e interpretar ocorrências singulares, caracterizando-se por ser capaz de «retirar» a ciência dos contextos e campos da sua produção e transferi-la e reorganizá-la noutros campos e contextos de acção social.

No final da década de 80, num seminário sobre o ensino de enfermagem, mostrava-se a existência de uma «intenção» de mudança, preconizando-se que “(...)a integração do ensino de enfermagem contribuirá para o reconhecimento da enfermagem como uma profissão autónoma baseada em conhecimentos técnico-científicos. (...) os enfermeiros estão prestes a assumir esta autonomia com as correspondentes responsabilidades, o que implica mudança de mentalidade e métodos de trabalho⁵⁹⁸”(p.2).

De acordo com Lopes (2002), torna-se imperativa a reconfiguração profissional da enfermagem, que passa pelas dimensões que define como: “*Estratégias configuradoras de recomposição / revalorização profissional e a tecnologia na reconfiguração dos contextos de trabalho*”(p.51).

Esta autora estabelece desta forma uma tipologia de classificação de perfis identitários de enfermagem, que se analisará adiante.

Os saberes utilizados pelos enfermeiros, não só lhes permitem clarificar melhor as áreas de autonomização, como permitem desenvolver processos identitários mais consentâneos com a dinâmica que caracteriza hoje as profissões.

Em relação ao processo de autonomização, Amendoeira (Cf. 2000, p.74)⁵⁹⁹ propõe uma perspectiva próxima do triângulo do poder de Freidson, valorizando o conhecimento, o expertise e a autonomia, no âmbito do processo de cuidados que caracteriza como um sistema de acção concreto, na perspectiva de Crozier e Friedberg (1977).

Esta perspectiva legitima uma lógica de “autoridade profissional (que) implica um poder e um prestígio social com um salário equivalente. Para ter autoridade, é necessário em primeiro lugar ser autónomo. (...) se queremos que a enfermagem seja autónoma é necessário que: (...) o profissional de enfermagem tenha uma identidade clara, a capacidade de ser independente e assuma a responsabilidade face às decisões que toma assim como as suas competências; (...) (por forma a que) a nossa competência seja reconhecida pela sociedade” (Silva Santos, 1986 p.14).

⁵⁹⁷ Santos, Teresa Silva (1986). Bases para a mudança da enfermagem em Portugal, (p.13).

⁵⁹⁸ Conclusões das jornadas de estudo: Ensino de enfermagem, reflexões 86, (p.2).

⁵⁹⁹ Amendoeira, José (2000). Cuidado de Enfermagem. Que sentido(s)?

A análise do processo de autonomização da enfermagem preocupa os enfermeiros desde que o grupo profissional tomou consciência da importância da autonomia para o desenvolvimento da profissão. As abordagens levadas a cabo, baseavam-se na evolução das profissões, relevando algumas constantes, cujo reconhecimento se torna indispensável para abrir o caminho ao avanço progressivo de qualquer grupo profissional. Concretizando em relação à enfermagem, Ernesto da Fonseca⁶⁰⁰ referia as condições que considerava inerentes à evolução da enfermagem desde fins do século passado, até aos nossos dias (...) caracterizando-a numa sucessão de (10) passos, em nota III (pp.106-107).

Mas importa também referir a importância que era dada à organização dos cuidados, como ilustração para uma crescente autonomia dos profissionais de enfermagem, pela valorização da componente profissional da disciplina.

Na década de 80, a formação dos enfermeiros conduzia (ou procurava conduzir) ao desenvolvimento de competências no âmbito do pensamento crítico e reflexivo, da utilização do método científico na organização do trabalho, pretendendo-se que o método tradicional da organização dos cuidados fosse pouco a pouco substituído por um modo diferente de pensar a enfermagem.

A enfermagem era considerada uma profissão autónoma, embora interdependente⁶⁰¹, assentando a autonomia da enfermagem, em relação aos Hospitais (nesta altura pensava-se ainda a enfermagem em função dos contextos) o que permitia identificar «várias enfermagens», em dois pressupostos do âmbito da normatividade: a legislação e o exercício das funções do enfermeiro (carreira de enfermagem) (Nota IV, p.107).

A análise sociológica das profissões tem sido feita tradicionalmente em Portugal, seguindo a perspectiva funcionalista, o que suportou igualmente as perspectivas de estudo dos cuidados de enfermagem, não pelos seus sentidos, mas sim pela «função» em que se constituíam quando desempenhados por um determinado profissional – enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

Numa primeira classificação das funções do enfermeiro, a partir do preconizado no normativo funcional em que caracterizava a carreira, eram *independentes*⁶⁰², “ 1- Faz diagnóstico de enfermagem, baseado na observação e identificação das necessidades afectadas e nas sentidas pelo cliente; 2 – Planeia cuidados de enfermagem, tendo em conta: o indivíduo, a família e a comunidade, aos três níveis de prevenção; 3 – Executa cuidados de Enfermagem, substituindo o indivíduo doente nas tarefas que ele não pode realizar; administra terapêutica (*função parcial dependente* – as horas são habitualmente

⁶⁰⁰ 2º Congresso Nacional de Enfermagem. Coimbra, 5 a 10 de Abril de 1981. Comunicação apresentada por Joaquim Ernesto da Fonseca. *Evolução da Enfermagem – Panorama português numa óptica regional*, (p.278).

⁶⁰¹ Intervenção da Enfermeira Maria Bernardette Torres da Silva Leite Marques Augusto (Ib. nota anterior)

⁶⁰² Ib. Nota anterior, (p.96).

estabelecidas pelos enfermeiros⁶⁰³); 4 – Coordena o trabalho de equipa que contribui para os cuidados dos doentes; 5 – Mantém o meio terapêutico (físico e humano); 6 – Promove e executa acções de educação permanente; 7 – Avalia os cuidados de enfermagem, na equipa e na unidade”(p.96).

No final da década de 80, foi desenvolvido um estudo de investigação no âmbito da análise de funções dos enfermeiros⁶⁰⁴, a partir dos pressupostos: o desenvolvimento tecnológico conduz à necessidade de clarificar a natureza e a especificidade das funções dos profissionais de enfermagem; continuar a fazê-lo exclusivamente numa perspectiva funcionalista de descrição do posto de trabalho e da definição do perfil de competências, é insuficiente; necessidade de introduzir na análise os aspectos humanos do trabalho e a complexidade e diversidade das situações e considerar as relações humanas como variável essencial a qualificar, o que introduzia na análise para além da «função» a «interacção», salientando-se em nota V (p.107), alguns resultados relevantes.

Podem identificar-se inúmeros problemas de que se relevam: a tradição da nossa estratificação sócio-profissional; a hegemonia de outras profissões do campo de saúde que dificilmente aceitam a emancipação da enfermagem; a fraca aceitação por parte da comunidade de utentes; a descontinuidade da hierarquização e das estruturas de apoio e coordenação profissional, desde os centros de decisão e poder, até aos serviços locais de periferia.

A importância dos saberes adquire nesta análise um nível superior, na medida em que a componente justificativo – interpretativa e formalmente enquadrada é, no actual contexto de produção de cuidados, a dimensão que diferencia a tradicional configuração do saber-fazer, o saber – empírico, dando lugar à sua recomposição em saber – fazer analítico (Lopes, 2001).

A relação entre os saberes tácitos (a relação mais básica com o mundo, caracterizado pelo saber-fazer empírico) e os saberes tecnológicos, fizeram com que, mantendo-se de ordem

⁶⁰³ A análise a fazer na lógica da disciplina de enfermagem, coloca como questão central a dos saberes e a forma como os mesmos são utilizados, não numa perspectiva exclusivamente tácita da execução sem o raciocínio, e nesta medida não é só o discutir ou não a prescrição, visto que o centro da discussão seriam os profissionais. O que deve acontecer é a valorização da complexidade inerente a cada situação de administração de terapêutica, onde o centro da atenção sendo a pessoa, mobiliza o enfermeiro para a utilização do pensamento reflexivo e complexo no sentido de enquadrar a administração de determinada terapêutica na situação problema em que a mesma está inserida e que tipo de respostas se espera que a pessoa tenha, bem como saber gerir a imprevisibilidade da própria situação. Portanto não estamos perante uma situação de interdependência na dimensão profissional, mas sim situacional.

⁶⁰⁴ Rebelo, Mário Sarmiento e outros (1992). Enfermagem – Análise de funções. Ministério da Saúde. “Este estudo foi financiado pelas Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento e Fundação Calouste Gulbenkian. Este projecto teve início quando o ensino de enfermagem era tutelado pelo Instituto Nacional de Saúde e, na sequência da publicação do Decreto Lei nº 210/89, de 29 de Junho, veio a terminar no Departamento de Recursos Humanos. À altura, era Directora Geral, a Sr.ª Enfermeira Mariana Diniz de Sousa; Enfermeira Directora, a Sr.ª Enfermeira Maria Isabel Soares e o Director, Dr. Esaú Dinis, do Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, do mesmo Departamento, (pp.9-10).

operatória, mas adquirindo uma maior complexidade, implicavam a mobilização de conhecimentos técnicos de natureza teórica, com saberes práticos gerados pela experiência, sendo relevada a dimensão da recontextualização dos saberes, numa perspectiva do trabalho técnico-intelectual, que se clarificou antes.

De acordo com Lopes (2001) “reconduzindo estes níveis de problematização dos saberes ao domínio específico de saberes de enfermagem, um primeiro aspecto a considerar desde logo, é, a impossibilidade de reduzir os saberes de enfermagem à categorização tradicional de saber-fazer”. Ainda de acordo com a mesma autora, “...designadamente a sua contínua permanência nos serviços ter inerente o controlo de qualquer alteração no estado do doente, o que implica sempre um exercício de avaliação e de interpretação, o qual é igualmente requerido pelo necessário reajustamento às particularidades do objecto de trabalho, mesmo no decurso de procedimentos prescritos” (Cf. p.54-55), o que pode caracterizar um domínio de intervenção autónomo.

Amendoeira (2003) defende que em relação à enfermagem, parece ser cada vez mais claro que o «significado» dos saberes técnicos transformados no e pelo trabalho, se constrói pela emergência da prática como campo de aplicação dos saberes explícitos. Estes «saberes explícitos» adquirem uma grande importância na construção dos saberes de enfermagem, na medida em que são «mediadores» da relação do homem com o seu mundo, adquirindo visibilidade a utilização de instrumentos que permitem a compreensão da condição humana, fornecendo um quadro geral de interpretação no contexto do qual as pessoas e as situações adquirem um significado concreto.

Está-se assim para além do proposto por Lopes, quando refere que (em relação aos saberes tácitos) “são estes saberes que, embora não incorporando as modalidades oficiais de definição de competências de enfermagem, funcionam como recursos determinantes para a gestão da heterogeneidade das suas situações de trabalho, mas também para a reelaboração dos seus próprios actos de trabalho⁶⁰⁵”(p.55). É nestes saberes que a enfermagem tem mantido espaços informais de autonomia, cuja visibilidade social poderá ser potenciada com a crescente formalização dos seus saberes cognitivos

O enfermeiro mobiliza o saber contextual, atribuindo-lhe um sentido relacional com valorização da pessoa como centro do processo de cuidados, o que permite a utilização de um saber técnico em função da situação particular em que esta surge.

Actualmente assiste-se à construção de um nível de estruturação e de articulação dos saberes, pela explicitação simultânea ou sobreposta de duas ou mais categorias tácitas, que corresponde a um grau maior de complexificação e a uma mais aprofundada especialização do saber, o que permite atingir o sentido interpretativo promotor da legitimidade essencial à

⁶⁰⁵ “Sobre os saberes tácitos e locais é referido por Jones (1984) que, sendo estes inerentes a todos os sistemas produtivos e a todas as categorias profissionais, também põem em causa a simples dicotomia concepção/execução”.

capacidade para explicar os resultados da acção dos enfermeiros, quando são estes que intervêm no processo de cuidados.

Para isso utilizam «a orientação para o cuidar curar», que tem como princípios, a utilização / mobilização das energias, das capacidades, das potencialidades das pessoas, na sua recuperação, assumindo o enfermeiro um papel importante no sentido de mobilizar essas mesmas energias, esses mesmos recursos que o doente eventualmente apresenta.

Nesta perspectiva, Watson (2002), assume a proposta de um modelo transpessoal, de cuidar curar, clarificando algumas premissas (Nota VI, p.107-108).

A caminhada tem sido longa, mas a produção de saberes utilizáveis na prática, para além daqueles que a prática produz, é lenta.

O reconhecimento social desta produção de saberes também não é (não tem sido fácil), constituindo-se numa das dimensões que permitem compreender como têm sido construídas as identidade(s) sociais, no que Lopes (2001) considera acontecer com particular evidência na deslocação que se opera na referência central do trabalho de enfermagem, sobrepondo-se a relação com o doente à centralidade até então conferida à relação com o médico.

Mas já Romeu Carmo (1985), considerava que a função social da enfermagem era dirigida a todas as pessoas saudáveis ou doentes, prestando um serviço de ajuda e de cuidado aos que dele carecem, sem os tornar dependentes desse cuidado. Era, no entanto, de considerar que o contexto não era totalmente favorável, pela onnipresença do modelo médico na organização do trabalho em saúde, profundamente influenciado pelo estatuto privilegiado do médico, dificultando a descrição da prática dos cuidados de enfermagem sem ser em função da prática da medicina, mesmo na classificação da profissão de enfermagem⁶⁰⁶ classificação esta que evoluiu, de acordo com o assumido no enquadramento teórico desta tese.

Mais recentemente, Abreu (2001) contribuiu para esta discussão, referindo que “Estes debates sobre a orientação para o cuidar e a orientação para o tratar, que têm sido concretizados no seio de várias profissões na área da saúde (na área da enfermagem são já tradicionais; na médica existe igualmente um interesse crescente em explorar este assunto) têm naturalmente um benefício: encontrar alternativas para a crescente tendência para a tecnicização da assistência e respeitar os direitos humanos, no que se refere à assistência em matéria de cuidados de saúde”(p.47).

E acerca da(s) identidade(s)?

A análise produzida (re)centra a dialéctica entre a componente profissional e a componente académica da disciplina, sendo que se considera que o processo de construção das identidades tem ocorrido de forma dinâmica entre a construção dos saberes e o próprio

⁶⁰⁶ Teles, Louise Cunha (1986). Barreiras ao ensino superior de Enfermagem. Comunicação proferida no Seminário: A mulher e o ensino superior, a investigação científica e as novas tecnologias em Portugal. Texto dactilografado com 15 páginas.

processo de autonomização que a enfermagem tem conhecido. Nesta lógica Dubar (1991) define identidade como o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização, que conjuntamente constroem os indivíduos e definem as instituições.

Ao valorizar a centralidade conferida à relação com o doente na produção das identidades, encontram-se descontinuidades entre as concepções de enfermagem e as concepções médicas, relativas tanto ao bem estar do doente, como às modalidades da sua promoção. E nestas, revela-se igualmente a produção de espaços virtuais de redefinição da autonomia /subordinação do campo da enfermagem, face ao campo da medicina (Lopes, 2001).

Ao assumir nesta análise, os postulados básicos que sobre esta temática, foram produzidos por Pinto (1991) e Dubar (1991), em que um diz respeito ao carácter eminentemente relacional quanto à natureza das identidades, relevando que estas são sempre produzidas na relação com os outros; o outro, consiste em sublinhar o carácter sempre precário e provisório de todas as formas de identidade.

Este processo de construção de identidades é alimentado pelas trajectórias sociais dos indivíduos e, fundamentalmente, pelos contextos específicos em que essas trajectórias se concretizam. Assume aqui uma grande importância a valorização das trajectórias de enfermeiros influentes no processo de construção da enfermagem, que se tem vindo a revelar, ao longo deste estudo.

Quanto aos contextos, outra dimensão importante nesta tese, assumem-se como espaços onde se consolidam provisoriamente as identidades, na medida em que constituindo os contextos de socialização duráveis dos actores, acabam por funcionar como espaços de identificação e de reconhecimento de identidades⁶⁰⁷.

Em que medida a enfermagem portuguesa responde actualmente aos critérios principais que, do ponto de vista sociológico, definem uma profissão? Era uma questão colocada por Silva Santos (1985) que considerava existir um problema intrínseco ao grupo profissional e que passava pela situação paradoxal dos enfermeiros pretenderem ser reconhecidos na sua especificidade, mas pretenderem e esperarem que esse reconhecimento fosse «decretado». Era urgente compreender que só os enfermeiros podiam atribuir um conteúdo concreto ao seu próprio papel, e o reconhecimento da sua especificidade depende mais da sua

⁶⁰⁷ Cf. Dubar, Claude (1991). A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais “ os espaços de identificação prioritários (lugares nos quais é reconhecido o «estatuto principal» no sentido de Goffman) no seio dos quais os indivíduos se consideram como suficientemente reconhecidos e valorizados. Quando estes espaços funcionam como espaços de reconhecimento de identidades é inseparável dos espaços de legitimação dos saberes e competências associadas às identidades.”(p.117-118) No estudo que realizámos em 1999, procuramos compreender de que forma o «processo de cuidados» como espaço social, pode ser o legitimador uma identidade sócio-profissional dos enfermeiros que se situe mais próxima da centralidade da pessoa doente como legitimador dos saberes profissionais em enfermagem.

competência e das suas capacidades de análise e de expressão, que de qualquer diploma ministerial, de que é ilusório esperar mudanças.

A literatura de enfermagem, mesmo quando diferia no que diz respeito à filosofia, estava de acordo sobre a necessidade de valorização do «serviço» de enfermagem e de clarificação da identidade profissional. Mas a necessidade do grupo profissional dos médicos em continuar a manter o poder dominante sobre os enfermeiros era de tal ordem evidente que se manifestavam face à integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, por considerarem poder ser esta uma das vias, para a afirmação desta disciplina e profissão na sociedade, tomando uma posição paternalista, no sentido de evitar que se corressem riscos, “É fundamental e urgente que: (...) se crie uma definição de enfermeiro e se lhe definam níveis de competência. (...) se promova de imediato uma estratificação dos vários níveis de cuidados de enfermagem, preenchidos no escalão inferior por pessoas com muito menor escolaridade (e portanto muito mais barata formação) do que os actuais e futuros enfermeiros. (...) é indispensável que as atribuições e responsabilidades de cada nível sejam claramente definidas⁶⁰⁸” (p.2). Faltavam escassos dois meses para a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional e a importância do reconhecimento da enfermagem por outros profissionais, encontrava-se neste pé!

A situação social das mulheres não era indiferente ao que se passava na evolução para uma identidade social do profissional de enfermagem, mais consentânea com a própria emancipação da mulher que era cada vez mais reconhecida socialmente. Era por esta via de reconhecimento social da mulher, que o reconhecimento social da enfermagem podia vir a ser construído.

Romeu Carmo (1985), caracterizava a imagem da enfermeira, como alguém de quem se esperava que cuidasse dos aspectos domésticos, nas diferentes dimensões dos cuidados devendo possuir essencialmente um bom coração e destreza manual, que deveria mobilizar numa entrega total como um sacerdócio. Para umas, era o desespero da sua situação sócio-económica que as levava para a enfermagem, para outras, um ideal religioso e conventual.

A perspectiva sociológica permite compreender como através da experiência social «sexualmente» ordenada, as raparigas incorporam os princípios da visão dominante que as levam a considerar normal a ordem social existente e a anteciparem o seu destino, recusando áreas ou carreiras em que se consideram excluídas e procuram aquelas para que consideram ter sido destinadas (Cf., Bourdieu, 1999, pp.81-82). Para o mesmo autor, podem ser definidos três princípios práticos que as mulheres, aplicam nas suas escolhas, muitas vezes influenciadas pelo meio que as rodeia: “1º - as funções que convêm às mulheres situam-se no prolongamento das funções domésticas; 2º - uma mulher não pode

⁶⁰⁸ Documento em papel timbrado dirigido por um grupo de médicos ao Dr. Faria de Almeida, Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde. A. Rendas; L. Sobrinho e F. Nolasco, em 28.10.88, (p.2).

ter autoridade sobre homens (...); 3º - confere ao homem o monopólio da manipulação dos objectos técnicos e das máquinas”(Ib. p.81).

Mas tornava-se de facto essencial evoluir para a análise do que caracterizava efectivamente os cuidados de enfermagem, sendo que para a identificação desta necessidade em muito contribuiu a influência estrangeira, no que concerne às mudanças a operar no esquema de ensino, procurando as mudanças e as melhorias na qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros às populações.

A avaliação dos cuidados de enfermagem não era feita de forma sistemática e continuada, mas aquando da preparação dos planos de fomento, eram produzidos e analisados dados que mostravam alguns aspectos a corrigir naquelas que eram as intervenções específicas dos enfermeiros, nota VII (p.108).

Mas também outros que não enfermeiros, embora com grande envolvimento e responsabilidade na construção de uma *certa identidade* da enfermagem, caracterizavam a construção desta a partir da dimensão *saberes* que fundamentam a acção quotidiana dos enfermeiros, sendo que este fenómeno provém da divulgação intensa dos conhecimentos científicos e técnicos, que deixam de ter o tradicional carácter misterioso e oculto que o comum dos cidadãos referenciava neles. A complexidade dos cuidados de saúde, decorrente das novas necessidades e inovadoras formas de as satisfazer, mostrava cada vez de forma mais clara que nenhum grupo profissional pode, por si só, responder às necessidades de saúde individuais, familiares e da comunidade, podendo o profissional de enfermagem ser aquele que programa, executa e avalia um plano assistencial, através de um plano de cuidados dirigido aos diferentes níveis de prevenção⁶⁰⁹. Portanto e nesta perspectiva, parecia que faltava apenas demonstrar que as qualificações que iam sendo melhoradas com as mudanças no ensino, se traduziriam em saberes mais direccionados às pessoas e consequentemente, desempenhadas por enfermeiros cada vez mais competentes.

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a nível superior, era entendido como a possibilidade de reconhecimento legal, cultural, científico e técnico, necessário aos enfermeiros para uma efectiva elevação da qualidade dos cuidados, sendo um importante factor no aumento da eficácia dos serviços e na dignificação profissional, contribuindo para melhorar a qualidade de cuidados e a eficácia dos serviços, o que a longo prazo se traduzirá na prestação de melhores cuidados à comunidade e na utilização mais racional dos recursos disponíveis.

Mas também em relação a esta dimensão da formação, surgiam vozes discordantes, de que «todos» os enfermeiros tivessem formação superior, na lógica anteriormente referida de uma evolução a dois ou mesmo a três tempos, manifestando-se em relação a esta temática junto dos responsáveis ministeriais.

⁶⁰⁹ Santos Carmo, Romeu (1981). Comunicação apresentada no II Congresso. Livro de Actas, (p.367)

Concretamente quanto aos cuidados, pode dizer-se que melhorou a organização dos mesmos e que se conseguem demonstrar as competências reais para intervir na especificidade que teoricamente afirmam que os distingue?

Abreu (2001), reforça o facto social de que os cuidados de enfermagem, ao longo do processo de produção social da profissão, sofreram uma profunda alteração. Diversos autores como Collière, referem que os cuidados de enfermagem se foram virando paulatinamente para o *cure*, a par de um progressivo afastamento do *care*. Com o aumento progressivo da esperança de vida, foram surgindo paralelamente situações de doença mais complexas o que exigiu, por parte dos profissionais de saúde, uma prática assistencial congruente com os avanços da medicina. Como consequência do desenvolvimento da tecnologia na área da saúde, diversas funções médicas foram delegadas aos enfermeiros. Aiken (1983) apontando como exemplo disso “ administração terapêutica, a execução de procedimentos diagnósticos, a inserção de sondas e a administração intravenosa de fluidos. O estudo que se conhece em Portugal, com o objectivo de conhecer melhor qual a contribuição dos enfermeiros para a promoção de saúde da população data de Abril de 2000, com a finalidade de “tornar visíveis as práticas dos enfermeiros que podem contribuir para a promoção de saúde da população e para melhorar a formação dos enfermeiros e a prestação de cuidados⁶¹⁰”(p.5).

No 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros que decorreu em 2001 e, pela análise das temáticas trabalhadas, identifica-se um alinhamento de comunicações que se situam na área da identidade social dos enfermeiros, debatida através da dimensão cuidados de enfermagem, a partir por um lado da capacidade dos profissionais em darem visibilidade aquele que é o seu papel e por outro lado aquela que é a preocupação cada vez maior de centrar o cuidado de enfermagem nas necessidades das pessoas, admitindo a importância dos saberes relacionais na produção desses mesmos cuidados.

Os enfermeiros, como outros profissionais de saúde qualificam o serviço prestam à população como cuidados, no caso concreto cuidados de enfermagem, que os enfermeiros sempre prestaram, mas não sempre da mesma maneira (Vieira, 2001).

É reconhecido, por outros profissionais, que o papel dos profissionais de enfermagem é preponderante nas equipas que desenvolvem e promovem programas no âmbito da saúde. O que falta então, para os cuidados de enfermagem se tornem visíveis? O que é necessário fazer para os desocultar, explicitando a sua natureza e os elementos que os constituem?

Os cuidados que visam a satisfação das necessidades básicas das pessoas, são fundamentais para a vida e para a qualidade de vida das pessoas, tendo os enfermeiros a noção de que os

⁶¹⁰ Basto, Marta Lima (2000). Contributo da enfermagem para a promoção de saúde da população. Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, (p.5).

recursos escasseiam e a comunidade não dispõe hoje de enfermeiros suficientes para todos os cuidados necessários.

Num micro estudo no âmbito da identificação das necessidades em cuidados de enfermagem na óptica dos cidadãos⁶¹¹, emergem as seguintes conclusões, que contribuem para a caracterização de uma identidade sócio – profissional próxima do que Lopes (2002) propõe⁶¹²: conhecimento limitado das funções dos enfermeiros; expectativas relacionadas com a prestação de cuidados directos e essencialmente no âmbito das funções interdependentes; desconhecimento pela população do que pode ser pedido aos enfermeiros; nos cuidados directos, ser mais valorizado a dimensão relacional; aproximar os cidadãos do que são as efectivas funções dos enfermeiros, com a mais valia de promover a participação dos primeiros na identificação das necessidades e haver uma maior reconhecimento do papel social dos segundos.

Mas, os contextos são também muito importantes e de acordo com Santos⁶¹³ o sistema de saúde caracteriza-se por sofrer uma crescente pressão social, política e económica, que tem como objectivo aumentar a qualidade e a quantidade dos cuidados e serviços prestados às populações e por outro diminuir os custos, neste sentido coloca algumas questões: “ Será possível criar contextos favoráveis ao desenvolvimento de uma prática profissional autónoma baseada na responsabilidade e na competência da tomada de decisão? Que prática é essa que permite aos enfermeiros evidenciar o seu papel e a relevância das suas intervenções, quer para os cidadãos, quer para os outros membros das equipas?”

Considera ainda este enfermeiro ser pouco visível a centralidade dos cidadãos na organização dos cuidados, repercutindo-se negativamente no desempenho dos enfermeiros, pelo que os mesmos deverão participar activamente no esforço para alterar o modelo existente (Santos, 2001).

A identidade sócio-profissional das enfermeiras pode vir a fortalecer-se a partir de um processo de cuidados alicerçado no movimento que se tem vindo a fortalecer pela transformação do conhecimento em enfermagem instituído como saber operacionalizado por competências que permitam transferir o conhecimento científico para o conhecimento de todos os dias.

A investigação sobre a identidade sócio-profissional dos enfermeiros tem-se constituído como objecto de análise em muitos dos estudos desenvolvidos a partir do início da década

⁶¹¹ Felício, Ermelinda Dias (2001) As necessidades em cuidados de enfermagem na óptica dos cidadãos. 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2001, (pp.34-36).

⁶¹² «tradicional imagem da enfermeira como auxiliar do médico, associada aos actos de trabalho agregados nas actividades de execução, como as competências indiferenciadas e de reduzida especialização, associadas aos actos de trabalho agregados nas actividades básicas, vêm sendo afastadas das actuais referências identitárias dos enfermeiros», (p. 35).

⁶¹³ Santos, João (2001). Contextos organizacionais: condições para a excelência do exercício. Comunicação proferida no 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2001, (pp.113-117).

de 90 (Abreu, 2001)⁶¹⁴. Pelas investigações que analisou, este autor considera ser possível identificar muitas divergências e algumas perspectivas sobre a dinâmica social da profissão de enfermagem, o sentido do processo de identificação e os modos de revalorização profissional (Cf., p.57), dimensão que se analisa em seguida.

CAPÍTULO 2.1.1 - A dinâmica sócio-profissional dos enfermeiros. Os Sindicatos, as Associações Profissionais e a Ordem dos Enfermeiros

No que concerne à dinâmica sócio-profissional, analisa-se o período em estudo, a partir de duas categorias a profissão⁶¹⁵ e o controle social.

A perspectiva teórica seguida fundamenta-se em Dubar (1998), quando considera que um grupo profissional é um conjunto flutuante, segmentado, em constante evolução que reagrupa pessoas activas sob um mesmo nome dotado de uma visibilidade social e de uma legitimidade política suficientes, sobre um período significativo. No período em estudo, o grupo profissional era designado por pessoal de enfermagem (incluindo enfermeiros e auxiliares de enfermagem), até à unificação dos dois níveis de formação em 1975 e a tentativa de homogeneização do que não era possível unificar – a heterogeneidade das formações – num único nível de exercício.

A presente análise ocorre num contexto de mudança, onde o estudo do processo de profissionalização se cruza com a análise dos contexto(s) de mudança social, em torno dos eixos que têm vindo a ser valorizados: crescente especialização e divisão do trabalho; as mudanças tecnológicas; o aumento dos níveis de qualificação de muitas ocupações e a emergência e desenvolvimento de novas actividades.

Já foi afirmado antes, o crescimento da medicina encorajou outras ocupações ligadas aos cuidados de saúde a desenvolverem as suas estratégias no sentido de se transformarem numa força de trabalho altamente profissionalizada.

Neste capítulo, procura compreender-se o processo de profissionalização⁶¹⁶ dos enfermeiros como o meio pelo qual uma ocupação procura e adquire um número significativo de atributos do modelo profissional, em função dos contextos em que ocorre.

A função social da enfermagem embora identificada como essencial à sociedade, passou por diferentes fases na construção de uma identidade social conforme análise anteriormente produzida.

⁶¹⁴ Abreu, Wilson Correia de (2001). Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros, Lisboa, Educa-Formasau

⁶¹⁵ Dubar, C. e Tripier, P.(1998). Sociologie des professions, Paris: Armand Colin

⁶¹⁶ Rodrigues, M. L (1997). Sociologia das profissões. Oeiras, Celta

Numa primeira fase, na década de 50 do século passado, a questão colocava-se ainda em criar as condições necessárias ao desenvolvimento de uma actividade essencial e, para a qual a formação começava a contribuir de forma diferente, “é indispensável que a enfermagem garanta às suas profissionais um grau de bem-estar e conforto, pelo menos igual, se não superior, que poderia ter sido obtido através do exercício de qualquer outra profissão que carecesse de estudos semelhantes; e acresce o facto de a enfermagem requerer para o seu exercício uma personalidade mais rica e equilibrada do que o exigido pela maioria das profissões⁶¹⁷”(p.10).

Nesta década a enfermagem caracterizava-se por ser uma profissão extraordinariamente exigente e penosa, descrito em documentos da época (Nota I, p.108).

Mas este era um cenário que vinha de trás, pois as primeiras referências a esta situação datam do início do século, referindo Rebelo ⁶¹⁸(2002) que “a partir de 1925, os enfermeiros começam a organizar-se sindicalmente não tanto pela defesa das condições de trabalho que deviam ser péssimas, mais preocupados com os que sem qualquer formação, se arvoram como sendo enfermeiros e que trabalham como voluntários nos hospitais com a protecção explícita dos clínicos e dos directores de serviço” (p.11). Pode considerar-se este sinal como uma primeira, embora ténue, tentativa de controlar a formação específica, como forma de exercer o monopólio sobre o seu campo de trabalho, naquele que é um dos critérios propostos por Blane ⁶¹⁹(1991) a propósito da referência a um grupo profissional.

Data de 1944 a primeira referência à proibição do exercício público da profissão de enfermagem a quem não possuísse um diploma, abrindo no entanto, a hipótese aos voluntários há mais de cinco anos como tirocinantes ou com pelo menos dois anos de tirocínio comprovados por um médico, de passarem automaticamente a enfermeiros, com a designação de «enfermeiros de 2ª» ou enfermeiros de «prática registada»⁶²⁰.

De acordo com Nunes (2003), a 1ª reunião Nacional dos Profissionais de Enfermagem ocorre em 1950, na celebração do IV Centenário da morte de S. João de Deus em Lisboa, patenteando-se o peso da tradição pela própria escolha da efeméride. A 2ª Reunião Nacional, realizada a 20 de Junho de 1954, em Coimbra, subordinada ao tema *A Enfermeira, militante da saúde*, serve como plataforma de consenso e manifestação de uma certa validade por parte dos profissionais assim como o reforço do enquadramento político da época. O dia da enfermagem português é definido e consideramos que o início dos anos 50 demarca uma tomada posição do grupo sócio-profissional a nível nacional (Cf., p.83) (Nota II, p.109).

⁶¹⁷ Relatório Simeão, (p.10).

⁶¹⁸ Rebelo, Jorge (2002). Enfermagem: desenvolvimento profissional e formação. Perspectiva histórica. *Enfermagem em Foco*. Ano XI, nº 48, Jul.Set.

⁶¹⁹ Blane, D. (1991). Health professions, In: Scambler, G. (org). *Sociology as applied to medicine*, London, Baillière Tindall

⁶²⁰ Decreto Lei nº 36.612 de 1942

Ainda de acordo com Rebelo (2002), decorrente das alterações introduzidas pelo diploma de 1947, onde se exigiam maiores habilitações aos enfermeiros e se definia quem podia ser enfermeiro, é publicado em 1949⁶²¹, a primeira carreira de Enfermagem da função pública, após a implantação do regime do Estado Novo (Nota III, p.109).

Com efeito, nesta reforma, ao reconhecimento da importância técnica dos enfermeiros, correspondia uma maior complexidade nos serviços que os médicos lhes confiavam⁶²². Nesta época a enfermagem era na concepção, uma ocupação essencialmente vocacional, que se caracterizava como um vector de unificação das qualidades pessoais que prevaleciam sobre as qualificações profissionais, reforçando assim, o sentido humanitário da sua orientação profissional e, simultaneamente, legitimando a sua subordinação aos critérios técnicos gerados no campo médico⁶²³.

A dinâmica social da época caracterizava-se pela procura das diferentes áreas do saber e profissionais, de acordo com a condição social, em que para as mulheres das classes médias e altas são os cursos de letras que entram nas preferências das jovens. Mas o que condicionava efectivamente a vinda para a profissão de Enfermagem, para além dos vencimentos e as péssimas condições de trabalho, era a manutenção da proibição do casamento das enfermeiras. A profissão era eminentemente feminina e vocacional, emergindo uma Enfermagem de cariz religioso, devido ao beneplácito do Regime (autorização da abertura de duas escolas de Enfermagem no final da década de 30, de cariz particular), mas em que foi também esta Enfermagem «religiosa» que viria a congregar e dinamizar a consciência de classe dos enfermeiros como uma profissão autónoma no âmbito da saúde porque, “Estando por dentro do Regime, influenciarão, decididamente, as modificações que irão decorrer na década seguinte⁶²⁴” (p.14).

Exemplo disto é de facto o papel assumido por uma das Escolas particulares, mais influentes *em todas* as comissões de reforma do ensino de enfermagem e que foi analisada como uma das escolas referência em todo o período em estudo – a actual Escola Superior de Enfermagem S. Vicente de Paulo.

Na década de 60, operaram-se muitas mudanças significativas, essencialmente a partir da publicação do Decreto Lei nº 46.448 de 20 de Julho de 1965, que possibilitou a reestruturação do ensino de enfermagem, iniciando-se a passagem do ensino de enfermagem para a responsabilidade dos enfermeiros.

⁶²¹ Decreto Lei 37.418 de 1949

⁶²² Preâmbulo do Decreto Lei nº 38.854, de 28 de Agosto de 1952

⁶²³ cf. Lopes, N. (2002) Recomposição profissional da Enfermagem, (p.58).

⁶²⁴ cf. Rebelo, Jorge (2002) Enfermagem-Desenvolvimento profissional e formação. Perspectiva histórica, (p.14).

O contexto social à época era promotor desta mudança, na medida em que aconteceram factos sociais relevantes para a construção do processo de autonomização da enfermagem (Nota IV, p.109).

Os enfermeiros portugueses a partir da década de 60, demonstravam já alguma capacidade de organizar e desenvolver algumas actividades associativas, no sentido da discussão de temas emergentes da situação sócio-política da época, destas actividades registam-se como exemplo as referidas por Corrêa (2002) “ 1 – a realização da 2ª Semana de Enfermagem⁶²⁵ em 1961, em Lisboa, organizada pelo Sindicato Nacional dos Profissionais de Enfermagem. Realizou-se de 4 a 11 de Março de 61. Contou com a presença da Enfermeira Leite Ribeiro, enviada pela OMS. 2 – EM 1964, A 1ª semana do Ultramar, em Lourenço Marques, constituiu uma oportunidade de grande convívio, de troca de informações e experiências, de contactos com a Província Ultramarina de Moçambique e uma pequena passagem por Luanda. 3- Em 1964, de 23 a 30 de Agosto, o Congresso do CICIAMS trouxe a Lisboa representantes de um grande número de países Europeus. Era então Presidente da Associação Nacional de Enfermeiros Católicos (ANEC, hoje ACEPS), a Enfermeira Costa Macedo”(Cf. pp. 298-304).

Apesar de se assistir à emergência de um grupo profissional dinâmico na construção de um espaço próprio de actuação que se ia consolidando a partir da identificação de aspectos que podendo ser considerados como problemáticos “...a profissão tinha adquirido um estigma de criados dos médicos; sofria o estigma da proveniência social dos seus alunos; mantinha o estigma da caridade cristã; continuava a ser eminentemente feminina; continuava a auferir vencimentos dos mais baixos” (Cf., Rebelo, 2002, p.15) e que mobilizavam o grupo no sentido da sua resolução.

A perseverança e a convicção dos enfermeiros que se situavam nos postos chave da influência política para a tomada de decisão, foi dando frutos, de que se releva um facto social já amplamente referenciado – a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem – em 1967, tendo a partir daí sido reconhecida a importância da formação permanente, bem como a estruturação da Carreira de Enfermagem⁶²⁶ que se caracterizava pelas dimensões descritas no quadro em Nota V (pp.109-110).

A situação político-social da época deixava pouca margem de manobra à actividade sindical, e até mesmo à liberdade de associação, resumindo-se esta mais a um «agitar de consciências», vindo a traduzir-se em 1969 num crescimento da capacidade dos Sindicatos em desenvolverem uma consciência que mais tarde se revelaria fulcral para o movimento em busca do reconhecimento do papel da enfermagem na sociedade (Cf. Rebelo, 2002).

⁶²⁵ A autora diz não ter encontrado referência a um natural 1º Encontro / Semana de Enfermagem. Crê, no entanto, que teve lugar em 1957. existem cartazes de divulgação destas actividades nas p.299-302.

⁶²⁶ Decreto Lei 48.166, de 27 de Dezembro de 1967, IN: Rebelo, Jorge (2002). Enfermagem-Desenvolvimento profissional e formação. Perspectiva histórica.

É com um panorama preocupante no que toca a indicadores de saúde, que se caracteriza a década de 70, preocupação que conduz à implementação e continuidade dos programas centrados na promoção da saúde e prevenção da doença, que os Institutos Maternais, de Assistência Psiquiátrica e de Luta Anti-Tuberculosa, tinham desenvolvido, por contraposição aos Postos da Caixa de Previdência, o que conduziu à fusão destas estruturas e à criação dos Centros de Saúde, ditos de 1ª geração.

As mudanças paradigmáticas na saúde, como analisado antes, criaram de facto novas exigências na formação, tendo o ensino procurado responder a estas necessidades, mas em que o contexto continuava a ser pouco favorável.

A própria legislação apontava para a primordial importância da enfermagem em todos os serviços preventivos e curativos⁶²⁷, sendo visível no ensino de enfermagem a procura da valorização da sua génese, que era cuidar no ambiente familiar e para o ambiente familiar dos grupos sociais onde estivesse inserido, tentando libertar-se da vertente estritamente hospitalar.

Uma outra categoria de extrema importância nesta análise, passa pelo papel desempenhado pela especialização em toda esta dinâmica, na medida em que assume nesta década um novo paradigma com implicações na dinâmica profissional. Desde o final dos anos sessenta, os enfermeiros com o Curso de Enfermagem Geral, podiam frequentar um Curso de Especialização em Enfermagem como complemento à formação generalista, que melhorava a competência no cuidar, tornando-o perito numa determinada área de cuidados de enfermagem, dando-se início ao abandono do processo desenvolvido desde os anos quarenta, em que os enfermeiros eram preparados para responder à solicitação dos clínicos, mais do que para as solicitações dos sujeitos de cuidados (Rebelo, 2002).

Esta dinâmica insere-se de facto na lógica de um paradigma de enfermagem mais centrado na pessoa, que deve relacionar-se com as questões antes abordadas (heterogeneidade de cursos; identidade social do generalista e do especialista).

O regime democrático iniciado em 1974, veio criar novos cenários que possibilitaram uma dinâmica diferente, pois individual e colectivamente, a participação passou a ter contornos diferentes, passando de forma organizada a reivindicar melhores salários, melhores condições de trabalho e, muito importante, o reconhecimento da função social da enfermagem.

A partir de 1973, decorrente da crise petrolífera, nos países dependentes desta fonte de energia a crise económica instala-se, sendo que em Portugal esta situação é encontrada pela Revolução de Abril, mas essencialmente com a descolonização e consequente retorno de milhares de portugueses, das antigas colónias, provocando uma situação de maior

⁶²⁷ Decreto Lei nº 414 /71 de 27 de Setembro.

desemprego, bem como a introdução de restrições na entrada de alunos nas faculdades mais procuradas (a partir de 1976).

Em 1976 e após a unificação da formação em enfermagem ao nível de base, com a extinção do curso auxiliar de enfermagem, a dinâmica passou a desenvolver-se em torno de construir o espaço, o modo e o conteúdo para que ocorresse o reconhecimento da centralidade da Enfermagem nos cuidados de saúde.

Conforme referido anteriormente, apesar do ensino de enfermagem se encontrar ainda à margem do sistema educativo nacional, os jovens começavam a procurar mais as Escolas de Enfermagem, pois se por um lado não era ainda reconhecido grau académico a este ensino, pressupunha-se que este momento estava próximo, a partir de reconhecida a possibilidade das escolas serem convertidas em escolas superiores. Estava-se na época da criação do ensino superior de curta duração, que não chegou a existir, passando a designar-se Ensino Superior Politécnico e o aumento da exigência das habilitações requeridas para admissão ao Curso de Enfermagem Geral, ocorridas em 1979 (Nota VI, p.110).

Este conjunto de factores contribuíram para uma dinâmica sócio-profissional que, se por um lado tentava afirmar-se pela capacidade de definir as regras que melhor correspondessem às necessidades formativas e consequentemente às do exercício profissional, por outro lado, existia ainda a falta de reconhecimento de que os candidatos a enfermagem deveriam ser plenamente considerados como os candidatos a outros cursos do nível em que esta formação teimava em não ser reconhecida – o nível superior.

Estas medidas perpetuavam uma heterogeneidade de condições que tornavam mais difícil seleccionar para o curso de enfermagem, aqueles candidatos que teoricamente melhor responderiam à reforma curricular instituída (1977), promotora de uma dinâmica profissional que se situasse mais na interdisciplinaridade e não tanto na dependência do fazer saúde, inibindo a homogeneidade necessária à construção da diversificação que se abordou no capítulo da construção do currículo.

Na década de 80, a grande mudança passa pela homogeneização da carreira de enfermagem, no que toca a existir uma carreira única⁶²⁸ para todos os enfermeiros, sem separação das suas áreas de actuação. No capítulo destinado aos professores de enfermagem, analisar-se-à concretamente as implicações que esta decisão política trouxe ao desenvolvimento da enfermagem, na lógica dos actores e contextos do ensino da mesma.

Pela primeira vez são definidos os conteúdos funcionais das categorias existentes (os graus diminuem de 9 para 5)⁶²⁹. Reforça-se uma vez mais, que os aspectos centrais da enfermagem assentam no cuidar, na promoção e educação para a saúde e, na articulação

⁶²⁸ Decreto Lei 305/81 de 12 de Novembro.

⁶²⁹ Grau I – Enfermeiro; Grau II – Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Monitor; Grau III – Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Assistente; Grau IV – Enfermeiro Supervisor, Enfermeiro Professor; Grau V – Técnico de Enfermagem.

com outros técnicos, o mesmo é dizer, no assumir da gestão operacional do processo de saúde das pessoas e da suas comunidades.

Na sequência das alterações da carreira, se para a área da prestação de cuidados foram reivindicadas e conseguidas melhores condições de trabalho e remuneratórias, nomeadamente a diminuição da carga horária, a área da docência viu-se confrontada com novas exigências, sem contrapartidas nem quaisquer incentivos⁶³⁰, sendo que a partir de 1981 deixa de se falar de carreira de enfermagem e confundem-se as funções do enfermeiro docente com as funções do enfermeiro prestador de cuidados, ou com o que desempenha funções de administração, embora as condições do exercício de situassem em contextos totalmente diversos (Ernesto Fonseca, 1985).

Referia ainda este enfermeiro que, a legislação complementar que se seguiu ao Decreto Lei nº 305/81, no sentido de contemplar algumas situações específicas do exercício, tem sistematicamente ignorado a especificidade da actividade docente fazendo tábua rasa de todas as transformações operadas na enfermagem na última década que de imediato se reflectiram no ensino, criando as piores condições de trabalho de sempre para os enfermeiros docentes, mas que a longo prazo terão reflexos profundamente negativos na própria profissão de enfermagem se não se olhar o enfermeiro docente através de uma outra óptica⁶³¹.

A situação era problemática por se considerar que se degradavam as condições de trabalho dos enfermeiros docentes e corria-se o risco de comprometer a própria formação dos enfermeiros com vista ao futuro, se a curto prazo não fossem tomadas medidas que pusessem fim a uma tal situação.

A perspectiva multiprofissional que os enfermeiros procuravam na discussão dos problemas específicos, enriquecia a compreensão da mesma, na medida em que outros profissionais se posicionavam pela importância de melhorar as condições de trabalho, como factor essencial para melhorar e dignificar os cuidados também para quem é sujeito dos mesmos, enfatizando a necessidade de desenvolver o trabalho de equipa, pela valorização do bom senso e desvalorização dos preconceitos (Cf., Miguel Andrade, 1985, p.408)⁶³².

A análise feita na época e agora (re)analisada com o distanciamento do tempo, dos actores e dos contextos, mostra que se procurava construir na diferença aquilo que daria coesão ao grupo profissional em ascensão social, ao fim e ao cabo procurava-se na diversidade dos factores sociais presentes, a mobilização das estruturas existentes, que através das relações complexas, construísem o processo de profissionalização em curso.

⁶³⁰ Decreto de Lei nº 534/76 e Decreto de Lei nº 305/81, de 12 de Novembro.

⁶³¹ III Congresso Nacional de Enfermagem. Comunicação do Enfermeiro Ernesto da Fonseca.

⁶³² Andrade, Miguel (1985). Sessão de Encerramento do III Congresso Nacional de Enfermagem. Livro de Actas.

Como factores essenciais à dinâmica para a compreensão dos fenómenos que se viviam na enfermagem, Silva Santos⁶³³ sugeria:

- 1 – um aspecto sócio – económico ligado à sociedade portuguesa (...);
- 2 – um aspecto organizacional mais de natureza psico – sociológica, ligada à distribuição das funções e às interacções que exige a colaboração;
- 3 – um aspecto mais especificamente associado ao desenvolvimento pessoal dos profissionais, ao seu investimento na profissão e à qualidade do trabalho prestado.” (p.12)

A enfermagem portuguesa vem vivendo desde há algum tempo problemas importantes que nos levam à necessidade de realizar mudanças importantes, propondo a enfermeira, que é na interacção das três categorias de análise mencionadas que reside a possibilidade duma compreensão real dos fenómenos de mudança.

A dinâmica resultante da situação criada pela existência de uma «carreira de enfermagem» em que os cursos de especialização existentes, querendo suprimir a este nível a «dicotomia» entre os enfermeiros que exercem fundamentalmente nas escolas e os que exercem nas instituições de saúde ou outras, criavam um novo paradoxo: por um lado, pretendia-se facilitar a passagem duma área de actuação à outra, por outro lado, reconhecendo em simultâneo que se trata de duas áreas algo diferentes, aceita-se que o ensino seja adequado, para todos os enfermeiros.

Nesta década (de 80), ocorre o desenvolvimento dos cursos de especialização (reformulados), sendo o ensino pós-básico reestruturado em 1982. A procura das especialidades pelos enfermeiros desenvolveu efeitos perversos, porque, o princípio das duas áreas distintas (prestação de cuidados e gestão), promovia a progressão na carreira, implicando a passagem de uma para outra: quem pretendia ser chefe, realizava uma especialidade e após a aquisição de mais conhecimentos e competência na prestação de cuidados directos (especialista), realizava concurso para chefe, transitando para a área de gestão e perdendo-se provavelmente a mais valia de conhecimentos que tinha adquirido.

De acordo com Nunes⁶³⁴ (1995), o enfermeiro especialista não era um lugar para ficar, mas sim um lugar de passagem, como um trampolim para a categoria de chefe.

Agudiza-se também a situação a nível da área de prestação de cuidados de saúde primários, na medida em que a nova regulamentação dos Centros de Saúde (Despacho nº 97 de 1983) – 2ª geração, decorrente da fusão orgânica dos antigos centros de saúde, dos serviços médico - sociais e de alguns hospitais concelhios, restringia a autonomia dos enfermeiros nesta área, tornando pouco atractiva a ida de jovens enfermeiros para estes Centros de Saúde.

⁶³³ Santos, Maria Teresa Silva (1985) Palestra realizada no Seminário sobre o Ensino Superior de Enfermagem, organizado pelo SNED em 8 de Novembro.

⁶³⁴ Nunes, Lucília (1995). Formação contínua e Investigação – realidade e/ou utopia? Enfermagem em Foco, Ano V, Especial Dezembro

As especialidades passaram a ser muito procuradas (essencialmente) pelos enfermeiros que definiam como prioridade de desenvolvimento profissional, a chefia ou a docência. A dinâmica social imprimida pela integração do ensino de enfermagem, trouxe em vários momentos sinais de oposição mas também de consenso, dos quais se destacam, a dificuldade que existia em aceitar a passagem massiva dos auxiliares de enfermagem (enfermeiros de 3ª classe) para enfermeiros, por alguns dos enfermeiros diplomados, sendo considerado nessa altura a existência de um período difícil para a profissão, adquirindo uma dimensão de análise em relação ao grupo profissional e não aos profissionais em si, pois a “...*injecção* de uns milhares de auxiliares de enfermagem recém promovidos, numa profissão tão escassa, assustou-nos e fez-nos recear pelo futuro e pela perda das conquistas já conseguidas⁶³⁵”(p.36). De acordo ainda com Bessa (1987), a visão mais pessimista que poderia ter existido quanto à promoção dos auxiliares de enfermagem a enfermeiros, quanto ao dificultar a evolução da disciplina de enfermagem conforme a estamos a estudar, não era a única, sendo de reflectir que “(...) estes novos enfermeiros (...) têm vindo a enriquecer em conhecimentos e atitudes e sente-se uma subida da dinâmica de qualidade que não era de todo esperada” (Ib. p.36).

Isto porque de facto, e em relação à integração no sistema educativo nacional, criava expectativas em relação ao que se esperava dos novos profissionais, que necessitavam de ampliar e modernizar os modelos e métodos de resposta às novas exigências do mercado, no campo da saúde e da educação.

Na década de 90, a dinâmica provocada pela integração do ensino no sistema educativo nacional, introduziu de novo alguns conflitos, essencialmente no que respeita ao processo de equivalências aos graus de bacharel e de licenciado aos enfermeiros.

Este também não foi um processo pacífico, na medida em que o diploma legal introduzia ambiguidades, que dariam origem a discriminações entre os profissionais de enfermagem.

Releva-se, no entanto, o maior benefício decorrente desta legislação no sentido da progressão da construção do grupo profissional, que se pretendia reconhecido socialmente e que consistiu na atribuição dos graus académicos de bacharelato e licenciatura, advenientes para os enfermeiros pelo processo de equivalência e para os futuros enfermeiros, pelo início do curso superior de enfermagem ⁶³⁶ (Nota VII, p.110).

Como factores adjuvantes que se consideram importantes nesta dinâmica, salientam-se: o desaparecimento do Departamento de Ensino de Enfermagem, até aí órgão central de coordenação e orientação das escolas de enfermagem e o desenvolvimento do projecto de

⁶³⁵ Bessa, Maria Aurora Bessa (1987). A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Sua importância no desenvolvimento sanitário do país. Revista Enfermagem, vol 35, nº1, Jan. Fev., (p.36).

⁶³⁶ Conjunto de documentos de comunicação entre o Ministério da Saúde, Secretário de Estado do Orçamento e Directora do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, em 15 de Junho de 1989.

orientação profissional (DICOVE), passando o ensino de enfermagem em 1989, para o Departamento de Ensino, integrado no Departamento de Recursos Humanos da Saúde; a publicação em 1990, da Lei de Bases da Saúde⁶³⁷ e em 1991⁶³⁸, nova alteração de carreira, que volta a considerar as diferentes áreas em que o enfermeiro actua: prestação de cuidados (enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista); gestão (enfermeiro – chefe, e enfermeiro – supervisor, incluindo o cargo de enfermeiro director) e assessoria.

Com a integração e as consequentes equivalências, a luta passou a centrar-se na aquisição da retribuição de salários inerentes aos graus de bacharel e licenciado, por semelhança a outros bacharéis e licenciados. Defendeu-se, para o efeito a função e o nível de competências inerente, para além do título, apesar deste servir de referencial. Em Dezembro de 2000, atinge-se esta paridade⁶³⁹.

Nesta década e, mesmo considerando as anteriores, a situação de consenso de maior relevância que se viveu entre todos os actores, terá sido em 1998, com a luta pelo reconhecimento da Licenciatura de raiz, como o modelo de formação mais adequado aos enfermeiros do século XXI.

É um período que se caracteriza pela consciencialização da necessidade de sedimentar a integração no subsistema de ensino superior politécnico, como essencial à transição, levando a assumir os novos desafios que se colocavam à necessidade de aprofundar a prática de enfermagem, com consequente reorientação da acção quotidiana dos enfermeiros.

É nesta década que surgem dois instrumentos importantíssimos para o desenvolvimento da profissão, bem como a ilustração do reconhecimento da sociedade ao mais alto nível pelos seus representantes: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)⁶⁴⁰, processo longo e descontínuo, que culminou com a publicação do referido Decreto Lei em 1996 e criação da Ordem dos Enfermeiros.

O primeiro foi um regulamento que veio clarificar conceitos, intervenções e funções, associando as regras básicas definidoras dos direitos e deveres dos enfermeiros. Releva-se a concepção das diferentes intervenções dos enfermeiros, que passaram a ser consideradas como *autónomas*, as que o enfermeiro prescreve e realiza sob sua única e livre

⁶³⁷ Lei nº 48/90 de 2 de Agosto.

⁶³⁸ Decreto Lei nº 437/ 91 de 8 de Novembro.

⁶³⁹ Decreto Lei nº 411/ 99 de 15 de Outubro.

⁶⁴⁰ Decreto Lei nº 161 / 96 de 4 de Setembro. De acordo com Nunes (2003, p.340) “(...) em 1961, quando o projecto de articulado de lei da Escola Nacional de Saúde Pública começou a ser discutido, foram realizadas reuniões para o apreciar, em que participaram os elementos considerados mais representativos da enfermagem e as direcções dos sindicatos. É feita referência à falta do articulado do estatuto de enfermagem numa intervenção de Crisanta Regala, à altura superintendente do Instituto Português da Oncologia. No ano seguinte, na 3ª semana de Enfermagem, a preocupação fundamental era um projecto de estatuto de enfermagem. Entre 1974 e 1979, um grupo de trabalho constituído por elementos dos sindicatos elaborou um projecto de estatuto – recuperado em 1987, quando foi criado outro grupo de trabalho.”

responsabilidade, a partir do Diagnóstico de Enfermagem; e como *interdependentes*, quando o enfermeiro desenvolve a sua intervenção colaborando com outros profissionais de saúde, no âmbito da prescrição, dos planos de acção conjuntos ou protocolos.

Este processo terá tido início no III Congresso Nacional de Enfermagem⁶⁴¹, pela atribuição da importância e da necessidade de discutir formas e métodos de regular o exercício profissional dos enfermeiros, depois de ter sido conseguida a organização e a regulação do ensino, na medida em que existia uma diversificação e não integração dos diferentes diplomas legais que se integrassem harmoniosamente no contexto sócio-profissional. De acordo com a mesma fonte, existiam à época regulamentos, legislação de trabalho, uma carreira profissional, mas faltava a clarificação do Estatuto Profissional do Enfermeiro, enquanto profissão autónoma, que identifique o mandato social da mesma, de forma distinta das outras profissões de saúde com quem interagem.

No primeiro Congresso Nacional de Enfermagem (1973), os enfermeiros preocuparam-se em partir do que eram para compreender o que profissionalmente viriam a ser; no segundo Congresso Nacional de Enfermagem, a autonomia foi a dimensão discutida, já com a preocupação de clarificar o processo autonómico preconizado pelo grupo profissional⁶⁴² (Nota VIII, pp. 110-111).

A questão da regulamentação assumia grande importância para os profissionais, muito para além da situação individual, pelas repercussões na qualidade dos cuidados que eram prestados à população. Era por isso apontada a necessidade de ser criado um órgão que supervisionasse e protegesse o título de enfermeira, bem como a prática profissional e o ensino (Nota IX, p.111).

O controle social da profissão pelo Estado, ocorreu durante longo período essencialmente a partir do grupo profissional dos médicos, como tem sido identificado, começava a configurar-se noutro cenário onde os actores principais são de facto os enfermeiros e em que o próprio Estado reconhece esta situação, e nos finais dos anos 90 é criada a Ordem dos Enfermeiros, que de acordo com o preâmbulo “ responde, ..., a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem ”⁶⁴³.

⁶⁴¹ Livro de Actas do 3º Congresso Nacional de Enfermagem, que decorreu no Porto, 1985. Discurso de apresentação do tema do Congresso – As condições gerais do exercício de enfermagem e a política de saúde. Alberto da Silva Mourão era à altura, Enfermeiro Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra, (Cf., pp. 69-70).

⁶⁴² Ib. Nota anterior, (p.79).

⁶⁴³ Decreto Lei nº 104 / 98 de 21 de Abril.

No capítulo anterior falou-se de autonomia e procurou-se compreender o processo de autonomização do grupo profissional, e de como a identidade sócio – profissional se foi construindo de forma dinâmica. Hoje pode dizer-se que o grupo profissional dispõe dos instrumentos com forma jurídica, o Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, o Código Deontológico e a Ordem dos Enfermeiros, que lhe atribuem a capacidade para definir as regras do exercício bem como o seu controle, sendo este um dos sinais claros de Autonomia de uma profissão (Nota X, pp. 111-112).

As Associações Profissionais e os Sindicatos foram essenciais para o desenvolvimento de uma consciência de grupo profissional, sendo de relevar o papel que as mesmas tiveram por exemplo em organizar e realizar os 3 Congressos Nacionais de Enfermagem⁶⁴⁴, o primeiro deles numa época político social de pouca abertura às manifestações associativas e, só possível pelo reconhecimento que o grupo profissional em construção, já recolhia.

Não se pode esquecer o facto de que no pós 25 de Abril, não foi fácil desenvolver o espírito associativo, podendo ser apontado como factor dificultador o facto da actividade sindical no período precedente ser cerceada e, como tal, resumia-se a um «agitar» de consciências, sobre o que era o papel dos Enfermeiros e sobre a necessidade de desenvolver mais e melhores competências no local de trabalho, “ A maioria dos enfermeiros vive completamente alheado dos organismos associativos, não obstante o grande número dos que num passado recente foram forçados, contra a sua vontade, a inscrever-se na organização sindical mas que, talvez por isso mesmo, não nutrem por ela qualquer interesse nem contribuem para o seu desenvolvimento⁶⁴⁵”.

A enfermagem como profissão de ajuda, acaba por ser o «espelho» da sociedade, acompanhando os momentos de crise e os momentos de sucesso e sendo influenciada por eles, o atravessar dos tempos da crise portuguesa apresenta-se com um saldo positivo, especialmente no sector social, com ênfase na verdadeira emancipação dos Sindicatos a partir de Abril de 1974, conseguindo melhores condições sociais e de segurança para os profissionais de enfermagem⁶⁴⁶.

Ernesto da Fonseca (1981), posicionava-se sobre a necessidade de reconhecer as dificuldades associativas, por via de uma fraca cultura associativa decorrente da cultura política cerceada pelo poder do Estado que de forma hegemónica influenciara essa mesma cultura, não só em relação aos enfermeiros, mas onde considerava para além deste factor,

⁶⁴⁴ deve-se aos sindicatos dos enfermeiros das zonas Norte, Centro, Sul e Funchal (...) apoio da Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de saúde, da Associação Portuguesa dos Enfermeiros e da Associação Portuguesa dos enfermeiros especializados em enfermagem de reabilitação.” (p.2).

⁶⁴⁵ Fonseca, Joaquim Ernesto. Evolução da Enfermagem-Panorama português numa óptica regional, In: Livro de Actas do 2º Congresso Nacional de Enfermagem 1981, (Cf., p.284).

⁶⁴⁶ Silva, A. Mourão. Discurso de apresentação do Presidente do Congresso, In: Livro de Actas do 2º Congresso Nacional de Enfermagem, 1981, (p.61).

“não se ter ainda atingido um nível de consciencialização de classe, sem o qual se torna impossível na prática, a passagem à fase mais avançada da evolução profissional”(Cf. p.284).

Tornava-se imprescindível a obtenção de um estatuto profissional, na medida em que não dispendo a enfermagem em Portugal de um estatuto próprio, fundamentalmente legalizado, tornava-se conflagradora a tibieza com que eram abordados os problemas ético – deontológicos, tanto a nível da formação de base, como no quotidiano profissional, o que prejudicava a capacidade reivindicativa para tão almejado estatuto e que, na prática, colocava sistematicamente a profissão de enfermagem na dependência doutrinária da profissão médica.

A coesão interna, a auto-estima, a capacidade de auto – crítica, a admissão da diferença, passava pela partilha de pontos de vista, pela formação contínua, tornando-se de extrema importância incentivar o interesse dos enfermeiros pelo associativismo, não apenas pela via da reivindicação, mas também e essencialmente pela elevação do nível técnico-científico e cultura proveniente do intercâmbio internacional.

Tornava-se cada vez maior a consciência dos enfermeiros em clarificar o seu estatuto profissional na Sociedade, de forma a legitimar a acção desenvolvida enquanto profissionais, isto na medida em que passavam a valorizar os direitos inerentes à dignidade humana e profissional (Romeu Carmo, 1981).

A realidade da prestação de cuidados de enfermagem era muito diversa na geografia do país, visto que para além da carência de profissionais que se analisará a seguir, acontecia também uma irregular distribuição dos recursos não só por regiões, como por áreas de prestação de cuidados (cuidados hospitalares cerca de 2/3 e cuidados saúde primários, cerca de 1/3), o que implicava um cuidado acrescido na promoção de uma dinâmica que aproximasse e promovesse a coesão profissional. Nas conclusões do 2º Congresso Nacional, estes aspectos eram considerados como sugestões de orientação (Nota XI, p.112). O papel das Associações Profissionais de que se relevam os Sindicatos, é reconhecido no 3º Congresso Nacional, pela importância que tiveram no desenvolvimento sócio-profissional da enfermagem, materializado pela melhoria das condições de remuneração, das condições de trabalho, dos horários, das compensações de turno e fim de semana. Toda a convenção é um modelo linear de defesa da profissão, pelo que os enfermeiros portugueses não o podem desconhecer. Com o seu estudo atento compreendem-se melhor os movimentos reformistas que no país atingiram a enfermagem.

Havia claramente a noção de que a dinâmica era cada vez menos centrada em pequenos grupos que de forma organizada e influente vinham promovendo as mudanças em relação à enfermagem, para passar à construção de uma noção e de uma consciência de classe, pois os problemas do grupo profissional começavam a ter de ser analisados e tratados através

das estruturas que a lei vinha consagrando (referidas antes) e não mais pela tentativa que pequenos grupos mais ou menos organizados, vinham procurando resolver (Azevedo, 1985).

A enfermagem evoluiu ao longo do século XX, essencialmente na segunda metade do mesmo, vindo a ser reconhecida como uma disciplina da área da saúde, como capaz de responder a um dos desígnios do século XXI “garantir a sustentabilidade de um sistema de saúde que salvguarde a universalidade no acesso aos cuidados (Cf. 2001, p.12)⁶⁴⁷.

O mais alto magistrado da nação, entendendo-se aqui no papel de todos os cidadãos posicionava-se face a este assunto, considerando que “...a dignidade e o prestígio da profissão desenvolvem-se coerentemente num quadro de preocupações mais latas com a efectividade social das políticas de saúde.” Manifestando-se objectivamente quanto à necessidade de “...reforçar o sentido de proximidade dos enfermeiros face a quem necessita de cuidados de saúde. A uma crescente diferenciação na formação e a uma crescente complexidade na actividade profissional, não deve corresponder um distanciamento físico ou afectivo em relação aos doentes. A essa tentação devem resistir os enfermeiros” (p.24). É esta dinâmica que promove a utilização de uma orientação para o cuidar curar.

CAPÍTULO 2.1.2 - Enfermeiros, um grupo profissional actuante na interdisciplinaridade em saúde

No período em análise, interessa compreender como se foi construindo (ou não) a capacidade de intervir de forma inter ou mesmo transdisciplinar no campo da saúde, valorizando essencialmente a perspectiva da interdependência.

Já na década de 50, surgem as primeiras referências quanto à necessidade do pessoal de enfermagem, possuir determinadas características que permitissem acompanhar a evolução dos cuidados de saúde, com características ainda dependentes da medicina, “(...) surge a necessidade duma enfermeira polivalente, simultaneamente educadora, de função curativa e preventiva, podendo actuar nas consultas, dispensários, enfermarias, hospitais, escolas, fábricas, domicílios, etc. (...)”⁶⁴⁸(p.7) sendo que segundo a mesma fonte, “Uma enfermeira não se improvisa; para que seja eficiente tem que aprender a trabalhar de forma segura, rápida e económica” (Ib. p.8).

⁶⁴⁷ Sousa, Mariana Diniz de (2001). Discurso de saudação da Bastonária aos congressistas. Livro de Actas do I Congresso da Ordem dos Enfermeiros, p.12.

⁶⁴⁸ Relatório Simeão. 1957 / 1958.

Mas de facto, antes de 65/67, não se pode falar de interdependência nem de interdisciplinaridade, pois terá sido a partir da reforma de 1965 e da criação da EEAE, que o grupo profissional dos enfermeiros se desenvolveu em simultaneidade com a construção da disciplina, na medida em que passaram a definir os objectivos, os conteúdos, os métodos e os instrumentos próprios à disciplina de enfermagem.

A Escola de Ensino desempenhou de facto um papel de extrema importância na medida em que, incidiu a acção no sentido de formar líderes capazes de, pela acção, desenvolver capacidades de liderança, visando grupos de pessoas e não indivíduos isoladamente, por forma a garantir uma intervenção na realidade social, apesar das dificuldades encontradas.

Dez anos depois da criação da Escola, era referida de forma indirecta a intervenção de grande relevo, na medida em que desenvolvia um espírito de investigação e de reflexão sobre as práticas⁶⁴⁹.

Havia uma sensação de impotência por parte dos enfermeiros que, era valorizada na Escola no sentido da sua modificação pois era frequente os enfermeiros duvidarem das próprias capacidades de intervenção na realidade social, numa dimensão micro social do processo de cuidados e macro social no campo da saúde e da educação.

É na década de 70 (início) que se começa a dar corpo à necessidade de definir o estatuto dos profissionais de enfermagem, na medida e que se procurava clarificar os papéis dos diferentes intervenientes na equipa de enfermagem, bem como o relacionamento interpares e com outros profissionais.

Os contextos de cuidados caracterizavam-se até à grande reforma da saúde de 1971 (Gonçalves Ferreira) por uma grande diversidade, mas com grande ênfase no trabalho hospitalar, que reproduzia a dominação do poder médico sobre os outros profissionais de saúde, mesmo quando os contextos mudavam. No periódico especializado, existente à altura - Revista de Enfermagem, comentava-se relativamente ao processo de autonomização em curso “de todas as funções de enfermeiro apenas a única dependente do médico é a que diz respeito à execução das prescrições médicas relativas a tratamentos e terapêuticas. E então afinal porquê tanta sujeição e dependência? (...)” (p.32) (Nota I, pp.112-113).

É importante mobilizar o que outros profissionais de saúde, manifestavam em relação às questões ligadas à interdependência e à interdisciplinaridade, na perspectiva das áreas de prestação de cuidados em que se apostava no sentido da valorização da pessoa como central ao sistema de saúde, que se começava a desenhar à época, sendo já preconizado que os cuidados básicos deverão sempre resultar do trabalho de equipa em que cada pessoa deve

⁶⁴⁹ Brochura comemorativa do X aniversário da EEAE. (Cf., p.22)

estar completamente integrada, conhecendo o seu papel e o de cada um dos restantes elementos da equipa de saúde, em equidade com qualquer dos outros técnicos⁶⁵⁰.

A cooperação enquanto estratégia para a autonomia decorria do reconhecimento formal e oficial do papel dos enfermeiros na resolução dos problemas de saúde das populações, como membro das equipas de saúde (Ernesto da Fonseca, 1981), na medida em que a esta cooperação no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros com outros profissionais, procurava repudiar qualquer forma de tutela ou sujeição (Romeu Carmo, 1981)⁶⁵¹.

O processo de autonomização contribuiu para o processo de integração no ensino superior, sendo que uma das premissas de comparabilidade de que se partia era, mobilizar o paralelismo das funções desempenhadas por técnicos de outras profissões a quem era exigida preparação de nível superior (médicos, assistentes sociais e administradores hospitalares) e com quem os enfermeiros ombreavam no desenvolvimento das acções⁶⁵².

Esta perspectiva encontra-se já consignada no Plano de Estudos de 1977, apesar do ensino não estar ainda integrado no sistema educativo nacional, sendo à altura valorizado que “Os enfermeiros, cientes do seu papel, no âmbito da saúde, na sociedade actual, não ficaram indiferentes à necessidade de mudança donde resultou um curso mais cientificamente apoiado” (p.5). Existindo reconhecidamente “(...) a necessidade de formar enfermeiros sem perder de vista uma constante elevação do nível de cuidados de enfermagem à população e consequente nível sanitário do país” (p.6).

Era cada vez mais reconhecida aos enfermeiros, a qualidade de formação que desenvolvesse um conjunto de competências genéricas que caracterizassem o seu campo funcional, procurando-se com esta definição a identificação de um espaço autónomo onde a interdependência fosse considerada como forma de intervir numa perspectiva estratégica onde a negociação e o jogo adquirissem um papel essencial no processo de cuidados, “(...) o enfermeiro desempenha, a um nível superior, uma ampla gama de actividades (...) indispensável à estruturação de uma sólida formação que permita o competente desempenho dessas mesmas actividades⁶⁵³” (p.10).

Em 1984, o grupo de trabalho sobre a integração no sistema educativo nacional⁶⁵⁴, considerava que “ A enfermagem, tal como é hoje conhecida e com a qualidade a que têm

⁶⁵⁰ Cf., Comunicação do Professor Doutor Nuno Grande no II Congresso Nacional de Enfermagem. Livro de Actas, p.244

⁶⁵¹ Cf., Comunicação do Enfermeiro Ernesto da Fonseca, no II Congresso Nacional de Enfermagem. Livro de Actas, p.286 e Comunicação do Enfermeiro Romeu dos Santos Carmo, no II Congresso Nacional de Enfermagem. Livro de Actas, p.368

⁶⁵² Documento em papel não timbrado. Bases para a criação do Curso Superior de Enfermagem. Março de 1973, p.23

⁶⁵³ Documento em papel não timbrado. Bases para a criação do Curso Superior de Enfermagem. Março de 1973. (p.10)

⁶⁵⁴ 1º relatório elaborado pelo grupo de trabalho nomeado por despacho conjunto de 17 de Maio de 1984, do Secretário de Estado do Ensino Superior e do Ministério da Saúde. Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional. 27 de Julho de 1984

direito o indivíduo, a família e a comunidade, exige enfermeiros dotados de uma sólida formação cultural, científica e técnica, capazes de identificar e analisar problemas, planejar estratégias e realizar investigação” (p.1), associando-se também ao desenvolvimento destas qualificações para além do âmbito genérico, as que derivavam da especialização (Nota II, p.113).

Mas como estava demonstrado anteriormente e, apesar da enfermagem continuar a desenvolver-se enquanto disciplina e enquanto profissão, a marginalização em relação a outras áreas profissionais, advinha do nível de formação diferente em que se fazia, defendendo-se a integração do ensino de enfermagem do Sistema Educativo Nacional a nível do ensino superior, por forma a garantir a clarificação da interdisciplinaridade dos saberes em saúde e a não exclusividade dos mesmos à medicina⁶⁵⁵.

O plano de estudos de 1987, definia o perfil de competências na formação de enfermeiros generalistas, para intervir nos cenários cada vez mais complexos da saúde, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível dos cuidados diferenciados.

Já em 1985⁶⁵⁶, tinham sido apresentados novos planos de estudo dos cursos de especialização em enfermagem, mantendo-se uma estrutura curricular que se organizava na perspectiva do modelo de formação dos médicos⁶⁵⁷, na medida em que dava continuidade a um paradigma formativo que mais não fez que subsidiar uma orientação que continuava a promover o défice de autonomia dos enfermeiros. Costa (2002, p.62) refere que “a formação é também, por vezes, veículo desta mesma tendência, ao enfatizarem-se os procedimentos sem acentuar os princípios científicos em que se apoiam; as técnicas, o saber prático configuram-se mais com princípios da organização do que com conhecimento”.

A especialização tecnológica exigia enfermeiros especialistas⁶⁵⁸ melhor formados no sentido de darem resposta às necessidades cada vez mais complexas no campo da saúde, no que era a necessidade de participar na definição das políticas, programação e avaliação das actividades dos serviços de saúde; a participação na avaliação das necessidades da população em cuidados de enfermagem; a participação em grupos de trabalho para a criação de unidades de saúde, sua localização, instalação, equipamento, pessoal e

⁶⁵⁵ Documento em papel timbrado. Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses. A integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional no Ensino Superior, (Cf., p.2)

⁶⁵⁶ Planos de Estudo dos Cursos de Estudos Superiores Especializados: Saúde Pública, Saúde Mental e Psiquiátrica; Saúde Materna e Obstétrica; Saúde Infantil e Pediátrica, Médico Cirúrgica e Reabilitação. Proposta elaborada pelos representantes do Ministério da Saúde (grupo nomeado por despacho conjunto – Dília Almeida Ribeiro; Rosa Pina Cabral e Romeu dos Santos Carmo).

⁶⁵⁷ Pearson e Vaughan, 1992, (p.17) “Há bastantes provas de que o modelo biomédico é o modelo em que muitas enfermeiras assentam a sua prática. Os trabalhos de investigação relatam, com frequência, como as enfermeiras continuam a considerar os doentes como seres físicos, dando pouca atenção Às características mais latas da natureza humana (...) os objectivos da enfermagem, são dirigidas para a cura (...)”

⁶⁵⁸ Ib., nota 656, (Cf., pp. 6-8).

organização, bem como desempenhar funções técnicas a nível central, na área do ensino e do exercício profissional; a realização de estudos de investigação que visassem elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem especialmente em cada área de especialização, e a participação em estudos relacionados com o estatuto e as carreiras de enfermagem.

Mas de facto esta perspectiva não se resumia aos cursos de especialização, pois em relação à formação base, na reforma operada uma década atrás, se propunha preparar enfermeiros capazes de integrar o processo de planeamento em saúde, de forma integrada com os processos económicos, educativos, por forma a não se enquadrarem apenas na realidade do momento, mas capazes de actuarem como agentes de transformação da mesma, na procura de soluções para os problemas de saúde⁶⁵⁹.

Bessa (2003)⁶⁶⁰ refere a este propósito que o grande problema da afirmação deste plano de estudos foi o de não ter no *background*, um corpo de enfermeiros especialistas que apoiassem o desenvolvimento das finalidades do mesmo, conforme analisado no capítulo relativo à heterogeneidade dos cursos e de onde emerge a circularidade do processo.

A relação interprofissional era valorizada no sentido em que era atribuído ao desenvolvimento da prática um estatuto de reflexividade na acção, mas em que os saberes profissionais ao assumirem um relevo particular no desenvolvimento de estratégias dos grupos nas organizações, demonstravam a existência de maior ou menor autonomia, emergente da crescente autonomia do ensino de enfermagem.

A evolução da profissão de enfermagem ocorreu em todo o mundo, embora com sentidos e estratégias diferentes. Em França, por exemplo o processo de autonomização caracterizou-se pela reivindicação por parte dos enfermeiros, da especialização como meio de revalorização profissional, o que os conduziria à independência das escolas de enfermagem dos hospitais e prescindirem dos médicos como formadores e desta forma a sua formação ganhar autonomia completa relativamente ao sistema médico-hospitalar (Carapinheiro, 1998) Esta é uma posição de ruptura (revolução) que não foi mobilizada para o processo de transição a que se alude nesta tese, quanto à situação nacional.

A análise anterior foi produzida aparentemente a partir do contexto da enfermagem em França, rigorosamente diferente do contexto português, na medida em que em Portugal desde 1965 que as escolas de enfermagem deixaram de ser serviços dos hospitais, passando a ter uma autonomia própria, que se foi construindo essencialmente pela influência exercida pela criação da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem e pelo papel dos serviços centrais dos Ministérios que tutelaram o ensino e o exercício da enfermagem.

A questão que se continuou a colocar, foi a de que apesar de as escolas de enfermagem portuguesas terem adquirido este estatuto de autonomia dos hospitais, no que concerne à

⁶⁵⁹ Curso de Enfermagem, aprovado por despacho de Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde em 9.6.76. Plano de estudos e programas, p.7

⁶⁶⁰ Entrevista realizada a Sr^a Enfermeira Maria Aurora BESSA, em Abril 2003

dominação da organização hospitalar e da medicina, de acordo com Costa (2002, p.60) a dependência manteve-se “Através da medicalização dos doentes, na perspectiva da acção eficaz sobre a doença e os doentes, a evolução da profissão de enfermagem faz-se essencialmente no hospital, sem ter conseguido anular os seus efeitos negativos.”

A enfermagem assume-se cada vez mais como um grupo que é reconhecido pelo estatuto de profissional ao enfermeiro, que desenvolve um processo de cuidados, porque possui as qualificações que são legitimadas pela divisão social do saber, onde é privilegiada a centralidade do cidadão alvo da intervenção competente.

A complexidade da saúde na actualidade, leva a que cada vez menos um único profissional esteja qualificado para intervir nas situações - problema que se apresentam no quotidiano, o que remete para a importância da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, reconhecida como importante pela interdependência e pluridisciplinaridade do acto de saúde, e de que para o levar a cabo são necessários crescentes e aprofundados saberes tornando-se necessário não perder de vista o âmbito de intervenção de cada um dos profissionais e a sua indispensável coordenação.

No quotidiano, os enfermeiros encontram ainda dificuldades em assumir a interdisciplinaridade no processo de cuidados, através da utilização de métodos e instrumentos próprios que implicam relações interpessoais complexas. Estas só são possíveis mobilizando conhecimentos que se encontram em simultâneo em diversas disciplinas e além de qualquer uma em particular – transdisciplinaridade (Cf., Nicolescu, p.35).

Esta é a perspectiva que permite olhar a realidade de forma mais substantiva, profunda e abrangente, que sirva de matriz mais compreensiva à formação (Cf., Tavares, 1997, p.65). Sempre que se pretende descrever os cuidados de enfermagem identificam-se dificuldades que se relacionam com uma diversidade de factores, de que se salientam: a especificidade do saber em enfermagem, o estatuto da disciplina / ciência para a enfermagem e o próprio movimento de profissionalização da mesma.

Quando se questiona o objecto de trabalho da Enfermagem, considera-se de maneira global, a Pessoa, mas há dificuldade em referir de forma elucidativa quais são as circunstâncias e as particularidades que conduzem à intervenção dos enfermeiros.

Ao pensar no papel do médico, não é difícil perceber que o que se espera é a cura do corpo doente, através de um diagnóstico rápido e da instituição de terapêutica segura e eficaz. Este é o papel reconhecido no quotidiano, que deriva da imagem atribuída ao médico enquanto profissional que lida com o sistema biológico da pessoa, quando determinadas funções necessitam de ser reparadas. De acordo com Carapinheiro a fronteira entre o trabalho do médico e o trabalho do enfermeiro no Hospital, parece estar na interdependência entre a dimensão clínica e a dimensão social, mediada pelo cuidar tal

como foi conceptualizado antes, pois que os serviços de medicina “acolhem grande diversidade de patologias do foro de medicina interna, mas também situações que se apresentam incertas face aos quadros de diagnóstico estabelecidos e que transformam muitas vezes estes serviços em «depósitos de casos sociais»” (1998, p.107).

Ainda de acordo com esta autora, as situações de características eminentemente social conduzem a um maior desgaste físico por parte dos enfermeiros, pelos cuidados físicos que têm necessidade de desenvolver e por outro lado constituem-se como desafio menor ao trabalho médico, pois são situações cujo quadro clínico não varia e como tal não apela ao desenvolvimento do conhecimento e à experimentação clínica, o que de forma conjugada é propício ao estabelecimento de rotinas nos cuidados de enfermagem e nos cuidados médicos. Esta é uma visão parcelar da questão, na medida em que o conjunto de acções que os enfermeiros são chamados a desenvolver junto destes doentes, podem e devem também ser analisadas na perspectiva das capacidades que as pessoas possuem ou não para as continuar a desenvolver (capacidades de autocuidado), valorizando assim a necessidade de cuidados de enfermagem na perspectiva da pessoa doente e não na dependência do trabalho médico, de que emerge o trabalho dos enfermeiros. Esta é uma análise que não assume como única possibilidade a visão determinista e funcionalista para compreender o estatuto dos enfermeiros no processo de cuidados, mas onde se privilegia uma postura teórica interaccionista, onde os saberes relacionais que estes mobilizam na acção junto do doente, em processos que eles próprio controlam, permitem identificar uma área autónoma de intervenção, precisamente no âmbito do que Carapinheiro considera ser do âmbito dependente, quando se refere a que “o princípio dominante da divisão do trabalho é a oposição entre comando e execução, ou seja, a oposição entre o trabalho intelectual de diagnóstico e terapêutica e o trabalho de execução das prescrições médicas” (Cf. p.111).

O estatuto que a sociedade atribui aos enfermeiros, foi durante décadas o de meros auxiliares do médico, bastando serem dedicados e carinhosos, para que os considerassem competentes.

É essencial clarificar a especificidade da intervenção dos enfermeiros na participação da construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, dos grupos e da sociedade. E fazê-lo mobilizando a teorização explicitadora, que tem vindo a ser referida neste estudo e de que se releva o contributo de Abel Paiva.

Mas, falar de multi-inter -transdisciplinaridade implica a existência de várias disciplinas.

Fourez, citado por Martin (1996, p. 3 e 7) diz “ para que uma disciplina possa nascer é necessário que os especialistas consigam criar uma zona de autonomia na encruzilhada de vários grupos sociais”. Esta é a postura assumida nesta tese, quando se considera que a enfermagem se constrói como disciplina a partir da sua autonomização da medicina, e como especialização desta área do saber.

A perspectiva de interdisciplinaridade que se defende não se baseia na tentativa de jogar com quadros teóricos insuficientes perante a complexidade do fenómeno em estudo e, com a impossibilidade de organizar o trabalho de forma isolada, mas sim que a interdisciplinaridade se caracterize antes pela transferência dos discursos disciplinares, de que se conhecem os pressupostos teóricos e metodológicos, colocados ao serviço da construção do processo de cuidados, como espaço social das interações no cuidar, na medida em que “ a fim de existir um processo de cuidados, é necessário que se considerem as actividades de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros, tendo por base a interacção entre estes e os clientes (indivíduo, família e/ou comunidade), no sentido da identificação das necessidades vitais dos últimos, a fim de planear e desencadear acções que as pessoas possam satisfazer ou compensar” (Cf. Amendoeira 1999, p.91).

De acordo com os contextos onde o cuidado se desenrola, este apela à colaboração de diversos actores – pais, amigos e outros profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros, os médicos e as auxiliares de acção médica, podendo ter significados diversos, consoante o contexto onde é empregue e os actores que o utilizam.

O desenvolvimento científico e tecnológico, e a crescente especialização do conhecimento, fragmentou cada vez mais os cuidados, tornando-os burocráticos e despersonalizados. Esta situação foi também agravada pelo facto de a multiplicidade de cuidados médicos delegados aos enfermeiros transformarem a sua prática diária, não em actos de cuidar, mas sim em actos de curar. Carapinheiro define estes actos apenas como actos médicos, que se caracterizam por relações de dominação / subordinação, caracterizando-se a produção dos mesmos pela produção de cuidados polivalentes, pela oposição comando / execução na organização da divisão do trabalho e por o sistema de trabalho ser do tipo profissional, em que tanto os médicos como os enfermeiros controlam a produção de cuidados, mas em que o acto médico propriamente dito é assegurado pelos médicos, cabendo aos enfermeiros a administração do tratamento (Cf.,p.111).

Amendoeira (1999, p.264) estudou o processo de cuidados no âmbito de um serviço de medicina interna, embora num hospital distrital com características forçosamente diferentes e, quanto a esta problemática apresenta resultados não comparáveis nem totalmente coincidentes, na medida em que identifica a natureza potencialmente conflituante da relação entre estes actores, mas em que o referido conflito pode ser um contributo para a diferenciação intergrupar. A cooperação no estudo em referência, é fortemente recíproca entre médicos e enfermeiros, ocorrendo mudanças no interior do processo de cuidados pelas interações que o caracterizam, aproximando-se do modelo endógeno de Boudon, para a mudança social. O que parece distinguir na essência a análise deste autor por complementaridade com Carapinheiro é que, “...o papel social que a organização espera dos diferentes actores, do médico espera que cure ou trate. Do enfermeiro é esperado que

em muitas situações avalie, diagnostique e decida sobre a necessidade ou não da intervenção do médico, no processo de cuidados”(Cf., Ib. p.264).

Também Costa (2002) que estudou o sistema social que é o hospital, na perspectiva do processo de cuidados, refere que “(...) encontramos diferentes grupos de indivíduos com funções e papéis específicos: o staff médico para a elaboração de diagnóstico e tratamento médico, no qual os enfermeiros assumem também funções interdependentes (Cf., Roper, 1980; Pearson and Vaughan, 1992); o staff de enfermagem que, ao realizar o diagnóstico de enfermagem, proporciona cuidados que assegurem o conforto e o bem estar dos doentes (Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem, 1996)” (p.58).

A afirmação do grupo profissional dos enfermeiros iniciou-se com a atribuição do papel técnico, que lhe era conferido pelo diploma, obtido não com base em valores que sempre têm norteado a enfermagem (componente académica), mas sim pela subordinação ao modelo médico, em que a cura é o critério de sucesso e que parece tem norteado, não só a formação como também o processo de cuidados.

Quando o enfermeiro mantém o papel técnico-moral que advém sobretudo da habilitação que lhe concede o poder para executar um conjunto de cuidados que decorrem da prescrição médica, continuando a depender embora implicitamente, do papel moral em tudo o que foge a essas tarefas, o estatuto que este papel confere ao enfermeiro, torna-o de facto auxiliar do médico, mesmo e essencialmente nas expectativas do doente, descaracterizando por completo a sua prestação de cuidados.

A prática de cuidados em Portugal tem sido desenvolvida com base em valores e crenças que assentam na orientação biomédica tendo como principais objectivos curar, aliviar ou adiar a morte dos seres humanos entendidos como seres biológicos, com tecidos formados por células, órgãos e sistemas que interagem para alcançar a homeostasia biológica e, no homem como uma máquina constituída por partes, que quando doente necessita de cuidados de reparação.

A questão emergente desta discussão, situa-se na perspectiva de diversas entidades com responsabilidades activas na formação e exercício da enfermagem, mobilizando também as novas necessidades de formação decorrentes das mudanças paradigmáticas na saúde, e onde a organização do trabalho se assumia como uma dimensão importante de análise (Nota III, p.113).

Mas o desenvolvimento da capacidade dos enfermeiros em intervir na definição da área própria de intervenção, levou ao desenvolvimento de estudos por enfermeiros portugueses, que têm evidenciado a falta de clareza quanto à orientação e natureza dos cuidados de enfermagem, na medida em que o que emerge da análise das práticas investigadas, se situa mais no âmbito das acções que dependem da prescrição do médico e das normas da organização, do que propriamente da análise de funções mais complexas que os

enfermeiros desenvolvem. Destes estudos salientam-se, os produzidos por Rebelo (1992) e Amendoeira (1994) entre outros.

É de considerar, no entanto, como referido no capítulo sobre a investigação, a existência de alguns estudos que procuram compreender esta orientação e natureza, seguindo mais pela análise das funções complexas, que atribuem ao enfermeiro um estatuto de profissional (Ribeiro, 1995; Rebelo, 1996 e Amendoeira, 1999). Isto porque em relação à primeira autora referida, do estudo desenvolvido emergem entre outras conclusões “os enormes recursos tecnológicos utilizados para combater a doença permitem um diagnóstico mais rápido e seguro, bem como o retardamento da morte, quando a cura não é possível (...). No entanto, este modelo não responde às necessidades decorrentes das expectativas criadas aos utentes por esta eficácia...”(Ribeiro, 1995, p.27).

Amendoeira (1999, p.295), refere também que “as estratégias para o exercício da autonomia, passam pela valorização forte da divisão do trabalho alicerçada num paradigma que valoriza teoricamente o doente como centro de interesse, fazendo com que esse seja uma forma de atribuição de poder às enfermeiras, não como atributo, mas baseado na relação interpessoal que lhes permite «conhecer» melhor os doentes, isto através da elaboração de diagnóstico de enfermagem.”

Esta lógica permite valorizar a “aproximação relacional perseguindo um duplo objectivo: conhecer melhor a pessoa tratada, reconhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objecto incondicional dos cuidados, mas como um sujeito e, ter uma acção terapêutica”(Collière, 1989, p.149). Ainda para a mesma autora, “o doente deixa de ser o objecto dos cuidados (objecto portador de doença) e torna-se sujeito de cuidados (interligação biopsico-sócio-cultural-espiritual) ponto de partida e de chegada dos cuidados”(Collière, 1989; Kérouac et al, 1994).

Amendoeira ⁶⁶¹(2000, p.68), contribui para este debate, na medida em que considera que as diversas conceptualizações sobre o *cuidado de enfermagem* tiveram em consideração contextos socioculturais e bases teóricas, educacionais e experimentais, bem como os interesses da enfermagem nas diferentes épocas. O interaccionismo deu contributos importantes para a conceptualização de um sentido do *cuidado de enfermagem* centrado na pessoa, na medida em que considera o *como* no processo de interacção e no desenvolvimento da relação enfermeiro cliente. A pessoa passa a ser o centro de interesse, baseado numa relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita, e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um acto mecânico, mas sim humanístico. A experiência pessoal torna-se promotora de desenvolvimento, mesmo quando causa mal estar, desde que se lhe encontre um sentido. Assim começa a considerar-se a pessoa, doente ou não, como parceiro no processo de cuidados.

⁶⁶¹ Amendoeira, José (2000). O cuidado de Enfermagem. Que sentido(s)?

A discussão deve ser recentrada para além da interacção entre o médico e o enfermeiro, tal como era preconizado por outros profissionais (Nota IV, p.113-114), que aparentemente defendem a autonomia dos enfermeiros, desde que se mantenham as relações de dominação que têm caracterizado a intervenção em saúde, introduzindo assim alguns aspectos que procuram clarificar o que são cuidados e o que se entende por *cuidado*. No entanto a perspectiva dos enfermeiros à época já era diferente, valorizando-se que um dos aspectos da autonomia é a capacidade do domínio conceptual, que permitam mobilizar em acção os princípios que explicam e sustentam a capacidade para estruturar os problemas de uma forma singular⁶⁶².

Este é um questionamento mais próximo do que se faz actualmente, na medida em que ao defender uma postura de análise e reflexão no interior da própria enfermagem enquanto disciplina e profissão, faz-se não por oposição aos outros profissionais, mas sim no que se situa no intervalo que medeia esta área de saber e de intervenção e as que lhe são interdependentes, e ocorrendo numa perspectiva transdisciplinar, a partir da enfermagem como núcleo disciplinar emergente.

É neste sentido que se defende actualmente, que a intervenção em saúde deve ser suportada num modelo holístico, preconizando uma visão sistémica, na qual a pessoa e o seu ambiente constituem um todo, e onde o foco de intervenção deve ser a pessoa, no seu ambiente físico, social e comunitário.

Como se procura clarificar, as dinâmicas de intervenção face aos processos saúde/doença, têm evoluído geralmente de forma lenta, introduzindo-se constantemente perspectivas «inovadoras», sem que as clássicas (experiência e tradicional) estejam completamente abandonadas. Avança-se, no entanto, a necessidade de evolução de uma orientação para a racionalidade técnica, para uma para o cuidar curar⁶⁶³.

Nesta perspectiva tem existido, desde há algum tempo por parte dos enfermeiros portugueses, a necessidade de definir competências no âmbito das diferentes áreas de intervenção dos mesmos. Pode associar-se esta necessidade às questões da definição do estatuto, embora tenham adquirido uma outra dimensão com a criação da Ordem dos Enfermeiros (Nota V, p.114). Em continuidade foi iniciado um trabalho no âmbito da definição de um conjunto de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Nota VI, p.114), partindo-se dos pressupostos seguintes: O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares), prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na

⁶⁶² Brochura comemorativa do X Aniversário da EEAE, (p.24).

⁶⁶³ Ver esquema de análise proposto pelo autor em capítulo próprio.

prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (Ib. p.50).

De acordo com o mesmo documento, “os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”(Ib. p.50).

Num processo de cuidados caracterizado pela interacção entre os diferentes actores sociais em que estes se elucidam mutuamente, embora com competências diferentes e complementares, no sentido de que a relação seja a mais adequada. O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos clientes, foge ao trabalho realizado por tarefa, podendo o processo de cuidados tornar-se num momento de ligação entre o doente e um profissional que pretende prestar cuidados de qualidade. Esta prática de cuidados necessita traduzir-se cada vez mais na organização de trabalho e de gestão participativas, que permitam a transição das estruturas piramidais, autoritárias e rígidas, para outras mais próximas das pessoas e da comunidade, simultaneamente geradoras de espaços e modos de formação individual e colectiva (Costa 2002), na mediação entre a construção curricular e a construção do grupo profissional, tal como equacionado nesta tese.

É neste sentido que o processo de tomada de decisão adquire importância no processo de cuidados, pelo profissional que em cada situação – problema se encontra mais capacitado para agir, sendo um dos pressupostos assumidos pela Ordem dos Enfermeiros em todo o processo de definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, na medida em que “A decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (Diagnóstico de Enfermagem) a que se segue a Prescrição das Intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (Resultados sensíveis)”(p.50).

CAPÍTULO 2.2 NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM E RECURSOS DISPONÍVEIS. SEMPRE FALÁMOS DE DÉFICE

A função social dos cuidados de enfermagem nem sempre foi reconhecida da mesma forma, embora a formação dos actuais profissionais responsáveis pelos mesmos, tenha sido

desde os finais do século XIX uma preocupação de cidadãos individuais e não do Estado, no caso concreto de Portugal, até ao início do século XX.

Para compreender a verdadeira dimensão do problema em análise, o défice de recursos, mobilizar-se-á o que já foi dito sobre a orientação que era dada aos cuidados, bem como o tipo de organização do trabalho quotidiano, no início da década de 50 por referência ao período em estudo, embora possa existir a necessidade de recuar no tempo sempre que a compreensão do fenómeno o exija.

Também nesta época a análise da situação tinha por referência a situação de outros países da Europa bem como os Estados Unidos, para a definição do ratio enfermeiro/população, considerando embora a necessidade de conhecer melhor a situação portuguesa⁶⁶⁴.

Tal como em muitos outros países, as exigências de saúde fizeram com que fossem tomadas medidas que reduzissem o défice por referência à quantidade de enfermeiros considerada como necessária para um dado contexto, medidas essas que passaram pela disponibilização de pessoas com outra qualificação, no mercado de trabalho, como por exemplo em França com a criação das «*aide-soignante*» e em Portugal com os auxiliares de enfermagem.

Em Portugal esta medida foi tomada a propósito da organização do ensino e exercício da enfermagem em 1947 e procurou responder a uma grande procura quantitativa com as consequentes implicações económicas, que forçaram muitos países a utilizarem na enfermagem, o pessoal auxiliar. As questões económicas que se colocavam nesta altura à saúde, passavam pela convicção de que nenhum país custearia a educação de enfermeiras altamente qualificadas, imprescindíveis aos seus serviços de saúde, para depois as empregar em trabalhos de rotina que podem, sem inconveniente, ser realizados por pessoal menos qualificado, estando teoricamente definida uma rede de distribuição do trabalho, que se alicerçava na delegação dos médicos quanto ao tratamento dos doentes, conforme analisado no capítulo anterior.

Na actualidade o problema do défice não surpreende na medida em que se pode considerar um assunto chave da história da profissão⁶⁶⁵, caracterizando-se por uma grave carência de enfermeiros a nível nacional; assimetria da distribuição dos enfermeiros (1/3 dos enfermeiros em Lisboa); níveis perigosamente baixos de enfermeiros em cuidados de saúde primários (21% do total) e um ratio de 3,7 enfermeiros por 1000 habitantes em Portugal, contra 5,9 na Europa, o que permite identificar um défice de 22700 enfermeiros⁶⁶⁶.

⁶⁶⁴ Despacho de 28 de Março de 1957, do Subsecretário de estado da Assistência Social, que nomeia a Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, (Cf., p.9) do Relatório Simeão.

⁶⁶⁵ Hesbeen, Walter (2001). Pénurie infirmière et responsabilité sociale. Perspective Soignante, N° 12, Dez., (p.6).

⁶⁶⁶ 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros – Melhor Enfermagem, melhor saúde. Discurso de abertura da Sr Bastonária, (p.20).

Mas recuando a 1957, em relatório produzido à altura sobre a situação do exercício de enfermagem, o discurso não era muito diferente⁶⁶⁷, identificando a existência de apenas 7006 profissionais de enfermagem, incluindo neste número as enfermeiras e as auxiliares diplomadas, enfermeiras com prática registada e um número elevado de ilegais. O número de verdadeiras enfermeiras era de 2495.

Mas que tipo de cuidados eram prestados nesta altura? O que é que organizava esses cuidados?

Quanto mais se estudou a influência das condições sociais sobre a saúde e reciprocamente, tanto mais os serviços de saúde, tenderam a cooperar com os serviços sociais. A questão que era colocada na altura – que repercussões existiam para a enfermagem desta cooperação, era equacionada da seguinte forma “ A enfermeira de hoje tem de dominar conhecimentos técnicos e psicológicos complexos. Funções que em tempos eram do foro médico tornaram-se trabalho de rotina para a enfermeira; aumentaram os cuidados e a vigilância requeridos pela segurança do doente; assumiu grande importância a educação sanitária do doente e da sua família; uma deambulação precoce, um reduzido período de hospitalização e um novo conceito de recuperação, o qual pretendia ajudar o doente a bastar-se a si próprio, vieram dar maior alcance à tarefa da enfermeira e tornaram premente a existência de uma enfermagem profissional⁶⁶⁸” (p.4).

Ao tempo defendiam os enfermeiros que, “tanto o lado técnico como o lado social da profissão exigem que uma enfermeira gaste mais tempo no exercício estrito das suas funções e pressupõem uma competência e uma polivalência muito superiores às possuídas pela enfermeira do passado” (Ib., p.5). No mesmo relatório, as funções das enfermeiras, eram definidas como vastas e múltiplas (Nota I, p.115) .

A orientação dos cuidados de enfermagem definia claramente qual era o foco de atenção dos enfermeiros, acontecendo este no âmbito da doença e quase nunca na perspectiva do doente.

De acordo com Hesbeen (2001), a importância numérica da profissão de enfermagem parece assim ter acontecido pelo progressivo desenvolvimento no quadro particular da subdivisão do trabalho médico. Essencialmente se a referida subdivisão se justificava pela explosão dos conhecimentos e técnicas biomédicas e, se se considerar como legítima, porque socialmente útil, permite colocar de facto a questão dos limites e das ambiguidades associadas ao exercício das profissões do cuidar em geral e do cuidado de enfermagem em particular.

⁶⁶⁷ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social. (Comentário da Câmara Cooperativa à situação dos recursos de enfermagem), (Cf., pp. 20/21).

⁶⁶⁸ Relatório elaborado sobre a situação de enfermagem no nosso país, pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem. Direcção Geral da Assistência Social. 100 p, (p.4).

A complexidade no campo da saúde, mostra cada vez mais a impossibilidade de se trabalhar a saúde pela separação entre a doença e o doente, acrescentando a dificuldade aos enfermeiros «juntar» algo que foi previamente «separado». Entra-se aqui numa lógica do cuidar e do curar, como orientação dos cuidados que interessa perceber quando se pretende analisar a existência ou não de défice de recursos e, por referência a quê!

Interessa também equacionar, em relação a esta temática, a distribuição dos recursos pelos contextos de prestação de cuidados, bem como a capacidade formativa de novos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

No que concerne à definição dos ratio, à época, eram tidas em linha de conta as referências do estrangeiro (Nota II, p.115).

A referência ao estrangeiro para calcular o número de enfermeiros⁶⁶⁹ necessários ao sistema de saúde português, era discutível na medida em que as condições de saúde, e as condições de trabalho eram distintas, sendo que em Portugal eram identificados alguns dos factores que promoviam nas décadas de 50 e 60, a pouca procura por esta profissão em crescimento. Destes factos salientam-se os que são referidos no Relatório de 1957 (Relatório Simeão) (Nota III, pp.115-116). Entre outras medidas a tomar, eram apontadas: a necessidade de proporcionar melhores vencimentos, melhores horários, licenças, assistência na doença, invalidez e velhice; promoções, transferências, aperfeiçoamento profissional, casamento (Nota IV, p.116) enfim “(...) tudo quanto possa aproximar a vida difícil da enfermeira da vida normal da mulher portuguesa”(p.12).

Mas independentemente da identificação destes factores, os estudos relativamente à identificação das necessidades de pessoal de enfermagem, tinham de facto como referência as conclusões do estudo da «National League for Nursing Education» (EUA).

Atente-se no facto de ser considerado um valor tipo de «número de horas requeridas por dia por cada doente», embora não seja explicitado a forma de encontrar este indicador Nota V (pp.116-117).

Em Portugal, parte dos cuidados considerados profissionais eram executados por auxiliares de enfermagem, que para isso recebiam, tanto quanto possível, a devida preparação.

No entanto os números apresentados, não eram de todo os aplicáveis no nosso país, sendo que era definido para que os serviços funcionassem, existir pelo menos 60% dos números propostos por este modelo.

Conforme análise no capítulo específico para as escolas de enfermagem, o problema era também equacionado a partir da necessidade de formar mais e melhores enfermeiros.

Das escolas existentes à altura (13 Escolas Oficiais e 10 Escolas Particulares) interessa sobretudo relevar a capacidade formativa, não esquecendo que à altura as escolas eram

⁶⁶⁹ “Para que se tornasse possível uma conscienciosa elaboração de quadros destinados ao pessoal de enfermagem a «National League for Nursing Education» (EUA) procedeu em 1947 a um estudo minucioso e publicou as conclusões que se apresentam no corpo do trabalho.

ainda serviços dos hospitais e como tal formavam essencialmente para os Hospitais e ainda assim para os grandes centros, o que remete para a importância da distribuição geográfica (desequilibrada) dos enfermeiros.

Pelo quadro em nota VI (pp.117-119), pode verificar-se o movimento dos alunos diplomados por este grupo de escolas, verificando-se que para além do curso de base (geral), existiam os cursos de especialização, que aqui se explicita ser do curso geral ou do curso auxiliar, bem como o curso complementar de enfermagem⁶⁷⁰.

O discurso político da época mostrava-se (já) atento ao problema identificando a necessidade de “lutar contra a acentuada falta de pessoal de enfermagem⁶⁷¹”, considerando como factores: o número insuficiente de diplomados anualmente pelas escolas; abandono da profissão por grande número de enfermeiros e aparecimento de novas necessidades de saúde. Era sugerida como estratégia, aumentar o ritmo de preparação dos profissionais de enfermagem, alargando a base de recrutamento para melhorar a selecção, dimensão já tratada no capítulo sobre os acessos e os percursos.

Mas, e a propósito da distribuição dos recursos, foi referido no início deste capítulo que a mesma é ainda caracterizada por uma concentração dos profissionais ao nível dos grandes centros. E como era nas décadas precedentes?

Na década em análise (de 50), a informação disponível sobre a distribuição dos profissionais pelo país é escassa, mas existe a noção de que os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem se encontravam essencialmente nos grandes centros, com algumas excepções relativamente às regiões onde existiam escolas de enfermagem, mas que formavam apenas auxiliares, concretamente as Escolas de Enfermagem de Braga, Castelo Branco e Évora.

Havia no entanto a noção da necessidade de maior número de profissionais, por forma a actualizar os serviços de saúde regionais e sub-regionais com quadros de pessoal que pudessem garantir a prestação de serviços e concretamente de cuidados de enfermagem a toda a população portuguesa.

Já em relação à década de 60, em documentos essenciais à compreensão deste problema⁶⁷², relevam-se as opiniões relativamente à situação de carência de enfermeiros, equacionada à altura da seguinte forma “I - Sem enfermagem tecnicamente competente é utópico pensar na efectivação de planos actualizados de assistência médica ou de saúde pública. II – Jamais haverá aumento de atracção para a carreira de enfermagem enquanto não for dignificada a profissão e concedida superiormente a sua auto-determinação. III – A

⁶⁷⁰ Confrontar com o capítulo Heterogeneidade de Cursos, a propósito das diferentes hipóteses de se ser enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

⁶⁷¹ Discurso do Sr. Sub Secretário de Estado do Ministério da Saúde e Assistência proferido nas Escolas de Enfermagem de Évora, Hospital de Santa Maria e Dr. Ângelo da Fonseca.

⁶⁷² Documentos relativos às reuniões do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência. Projecto de Acta nº 61. Sessão realizada no dia 8 de Março de 1960

prorrogação do inevitável expediente de recorrer a pessoal auxiliar de enfermagem transformou –se num pernicioso obstáculo à actualização do nível da enfermagem portuguesa⁶⁷³” (p.1).

Eram identificados na altura, sinais inquietantes de desinteresse pela carreira de enfermagem, tornando “...especialmente sombrio o problema da carência de enfermeiras no nosso país, pois abrange perspectivas de progressivo agravamento futuro”(Ib., p.3).

Por outro lado, acontecia o recurso a vários expedientes para se ser enfermeiro, caracterizados por exigências mínimas conforme análise no capítulo anterior⁶⁷⁴.

A discussão promovida ao mais alto nível e, envolvendo os responsáveis políticos pela Saúde e Assistência em conjunto com os representantes dos enfermeiros (no Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência), originou um relatório⁶⁷⁵, onde este problema era equacionado no sentido de romper o círculo vicioso entre as dificuldades de trabalho e a falta de atractivo da profissão, havendo necessidade de melhorar económica, cultural e socialmente o pessoal de enfermagem. Em Portugal, à época a carteira profissional de enfermagem não oferecia qualquer garantia de aptidão técnica. Por carência de pessoal idóneo, nos serviços hospitalares e no domicílio, as auxiliares de enfermagem vinham desempenhando funções e assumindo responsabilidades para as quais não tinha a preparação, ficando por determinar os prejuízos de vária ordem, materiais e sociais, de tal desnivelamento de funções, que conduziavam ao descrédito da profissão.

Esta década (de 60) caracterizou-se pela ampliação dos serviços de saúde, por forma a atender às necessidades da população em contínuo crescimento, bem como para responder ao progresso da medicina e da saúde pública. Desta situação decorria a necessidade de aumentar o recrutamento de enfermeiras, bem como de as preparar para assumir funções mais amplas e complexas.

A preocupação do Estado com este problema assumia de facto contornos de valorização de medidas que conduzissem à melhoria da situação, sendo assumido que era urgente resolver o problema de carência de enfermeiros, factor impeditivo de abertura de novos serviços hospitalares e alguns dos existentes a funcionarem deficientemente⁶⁷⁶.

Sobre a responsabilidade e a participação do ensino de enfermagem na correcção destes desequilíbrios, era considerado que apesar de após 1952 ter existido uma situação satisfatória decorrente da profunda revisão curricular (ciências médicas e introdução das

⁶⁷³ Anexo à Acta nº 61. Sobre Enfermagem, por Cristiano Nina, (p.1).

⁶⁷⁴ Documentos relativos às reuniões do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência. Projecto de Acta nº 61. Sessão realizada no dia 8 de Março de 1960 ““(1) registo de prática de nível duvidoso; 2) criação de cursos relâmpagos de especialização sem a indispensável cultura básica profissional; 3) equivalência de cursos os mais díspares, nos programas, nas exigências e no tirocínio prático”(p.3).

⁶⁷⁵ Documento pessoal de Mariana Diniz de Sousa, subordinado à Revisão do Ensino de Enfermagem, produzido em Dezembro de 64 (ainda confidencial) passando a disponível em Maio 65.

⁶⁷⁶ Discurso proferido pelo Ministro da Saúde e Assistência na inauguração da EEAE- 1967, (p.4).

técnicas de enfermagem), entre 1954 e 1964, muito se estudou e muitas propostas foram feitas, mas em termos de ensino de enfermagem pouco se avançou.

Os factores de análise da situação de carência de pessoal de enfermagem eram essencialmente relacionados com o crescimento dos serviços de saúde, no sentido da resposta às necessidades crescentes das populações e pelo esforço de aumento de formação do referido pessoal⁶⁷⁷, que atingiu em determinado momento uma inversão do que era a previsão inicial, isto é, onde o número de auxiliares de enfermagem chegou a ser o triplo dos enfermeiros.

Esta situação era criada por uma aparente descoordenação entre quem tomava as decisões, analisada em capítulo próprio, pela existência de diversos organismos não coordenados no âmbito do ensino e do exercício da enfermagem tornava necessária uma identificação atempada das necessidades de recursos, por forma a ajudar (Nota VII, p.119).

A década de 70 trouxe de facto grandes alterações à dinâmica proveniente da tomada de decisão política em extinguir o curso de auxiliares de enfermagem em 1974. Mas desta conjuntura específica deu-se conta em capítulo próprio.

De acordo com Ferreira⁶⁷⁸ no ano de 1972, existiam 10330 «Profissionais de Enfermagem», correspondendo a um ratio de 1 enfermeiro para 786 habitantes. O pessoal de enfermagem era considerado em número insuficiente, tanto no sector de enfermagem hospitalar, como no da saúde pública, considerando-se inquietante a falta de recursos neste sector (Nota VIII, p.119).

As alterações paradigmáticas na saúde, aconteceram desde a década de 40 (Escola Técnica de Enfermeiras) e essencialmente pela influência do Instituto Maternal e Instituto Psiquiátrico, com o alargamento da área de intervenção em saúde, para além do Hospital.

Mas foi de facto com a reforma Gonçalves Ferreira, em 1971, que se concretizaram algumas das mudanças que procuravam melhorar a capacidade de prestação de cuidados de forma mais efectiva, mas que em contrapartida permitia identificar de forma mais evidente a carência de profissionais de enfermagem.

No pós 25 de Abril de 1974, a realidade sócio-económica alterou-se, e em relação aos recursos humanos (pessoal de enfermagem) continuavam a existir enormes carências em todos os sectores (défice de 2212 enfermeiros), para além da identificação de carência de pessoal em saúde pública, nos hospitais especializados e distritais e essencialmente com a especialização de obstetrícia (eram necessários 2449 e existiam 450) e ainda carência de

⁶⁷⁷ Serviço de Enfermagem Hospitalar. Critério de preferência para o estudo das condições locais para criar uma escola de enfermagem para auxiliares de enfermagem – Factores considerados. Maio 1965. “Critérios já referidos aquando da rede de escolas”.

⁶⁷⁸ Ferreira, António Gonçalves (1975). Políticas de saúde em Portugal.

enfermeiros para lugares de chefia⁶⁷⁹. No entanto, não se falava apenas de défice, mas também de má distribuição pelo território (Nota IX, p.120).

A expectativa criada, considerando apenas como indicador a referência ao ratio dos outros países, continuava a dar indicações pouco precisas sobre as reais necessidades de cuidados de enfermagem, na medida em que não eram desenvolvidos estudos focalizados neste domínio.

A cooperação era cada vez mais próxima com a OMS, operacionalizada pela presença de diversas enfermeiras que colaboravam na definição de políticas de saúde e da formação em saúde, com inequívocas influências conforme análise em capítulos próprios. Se na década de 50 era a América que influenciava as tomadas de decisão quanto aos cálculos de pessoal, verifica-se que nesta década a influência acontecia já pela OMS, “Estimou-se o pessoal necessário com base numa norma elaborada com dados da OMS “(...) em colaboração com a inspecção de enfermagem da Direcção Geral dos Hospitais⁶⁸⁰” (Nota X, p.121).

A análise da distribuição do pessoal de enfermagem pelos estabelecimentos de cuidados diferenciados, revela uma situação de carência em quase todos os hospitais, embora mais acentuada nos hospitais distritais e especializados, dado que os centrais têm já quadros actualizados. Destacam-se fortes assimetrias (quadro em Nota XI, p.121) com concentração dos grandes centros urbanos – 72%⁶⁸¹, identificando-se como Distritos mais carenciados os de Vila Real e Leiria, logo seguidos de Viana do Castelo, Faro e Aveiro.

No que concerne à distribuição de pessoal nos diferentes contextos de cuidados, hospitalares e de saúde pública, e por análise da época se o pessoal de enfermagem existente fosse racionalmente distribuído e utilizado, permitiria um atendimento da população total do país em termos de cobertura das necessidades.

De acordo com a mesma fonte (nota de referência anterior), enquanto que na análise da situação do pessoal de enfermagem de cuidados diferenciados se limitou o estudo ao pessoal necessário para cobrir o défice nos hospitais e com o número de camas existentes, no caso dos cuidados primários, confronta-se a situação actual com as necessidades globais do país neste domínio. Tal como para os hospitais, foram definidas normas de dotação de pessoal, partindo da estimativa da população para 1976 (Nota XII, pp.121-122).

⁶⁷⁹ Relatório de diagnóstico da situação de Saúde – elaborado pelo Gabinete de Estudos e planeamento da Secretaria de Estado da Saúde, (p.181).

⁶⁸⁰ Cahier de Santé Publique n° 44, Planification et programmation des services infirmières. (Cf., p.213)

⁶⁸¹ Gabinete de estudos e planeamento da Secretaria de Estado da Saúde. Trabalhos preparatórios do plano 1977/80. Janeiro de 1977 (Volume I).

De acordo com o relatório de objectivos e vias de solução⁶⁸², a comparação entre o ratio real e o ratio esperado, em que o primeiro era de 1 enfermeiro para 636 habitantes, enquanto o desejável era de 1 enfermeiro para 372 habitantes, isto em 1977.

Na década de 80, os valores referentes a 1988 de enfermeiros a trabalhar no Ministério da Saúde era de **23 461**, o que equivalia a um ratio de **414** habitantes por enfermeiro⁶⁸³. Em 1983 o valor deste indicador era de **483**. A nível de Distrito verificava-se uma melhoria do índice em causa, no entanto, a maioria dos distritos (12) apresenta valores acima da média do continente. O que sugere de facto uma distribuição inadequada dos recursos. De acordo ainda com o documento em referência, na evolução desde 1984 dos efectivos de enfermagem por tipo de serviços, constata-se que o maior crescimento teve lugar em Hospitais Centrais e que na área da Saúde Mental e dos cuidados de saúde primários o volume destes profissionais praticamente se mantinha.

Mas explicita-se um pouco mais a distribuição geográfica dos enfermeiros em Portugal Continental, onde os **23 641** se encontravam distribuídos predominantemente nos distritos de Lisboa (**7301** enfermeiros), Porto (**4414**) e Coimbra (**2588**), absorvendo mais de metade dos profissionais ligados ao Ministério da Saúde (**61%**), ao contrário dos Distritos da Guarda (**318** enfermeiros), Portalegre (**344**) e Beja (**349**), que registam valores muito mais reduzidos⁶⁸⁴.

Quando se analisa a distribuição dos enfermeiros por tipo de serviço, são os Hospitais Centrais que apresentam uma maior concentração de enfermeiros em funções, com **9558** (**40%**), seguidos pelos Hospitais Distritais com **6303** (**27%**) e pelas Administrações Regionais de Saúde com **5823** (**25%**) dos efectivos, em que se se atentar por área de prestação de cuidados, cerca de **70%** trabalham em cuidados hospitalares e **25%** em cuidados saúde primários.

Tendo por referência 1988⁶⁸⁵, existiam 27 escolas de enfermagem (22 públicas e 5 particulares), tendo-se formado no conjunto **855** enfermeiros representando uma diminuição de **175** novos diplomados. Já no que concerne a alunos matriculados no 1º ano operou-se uma evolução oposta com um acréscimo significativo (mais **696** alunos), influenciado pela decisão política em duplicar a formação de enfermeiros (Despacho Conjunto 1/87). Ainda segundo a mesma fonte, no quinquénio 1984-1988, a evolução do

⁶⁸² Relatório de objectivos e vias de solução. Gabinete de estudos e planeamento da Secretaria de Estado da Saúde. Trabalhos preparatórios do plano 1979-1984. Agosto 1978.

⁶⁸³ Departamento de Estudo e Planeamento em Saúde. Elementos estatísticos: Saúde/88. Ministério da saúde. Lisboa.

⁶⁸⁴ Enfermagem - Diagnóstico da situação, 31 de Dezembro de 1988. Ministério da Saúde Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

⁶⁸⁵ Departamento de Estudo e Planeamento em Saúde. Elementos estatísticos: Saúde/88. Ministério da saúde. Lisboa.

ratio «novos diplomados por 100 000 habitantes» caracterizou-se por um crescimento até 1987, que se inverte de novo em 1988.

Precisamente em 1988, o reconhecimento da importância e da função social dos enfermeiros na sociedade portuguesa, permitiu finalmente a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional ao nível do subsistema do ensino superior politécnico.

Como se verificou antes no capítulo sobre os estudantes, foi até 1991/92 que se manteve a duplicação da formação, posteriormente foi tomada a decisão da diminuição para uma só formação por ano lectivo, e de novo em 2000, ter sido decidido voltar à duplicação.

Na década de 90, a análise centra-se no crescimento do número de enfermeiros existentes e o número considerado necessário para corresponder à evolução do tipo de cuidados.

A consolidação do que já era uma realidade viria anos mais tarde, com os dois marcos importantes analisados antes, e que foram em 1996 a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, e a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998, que sinergicamente lançaram uma etapa efectiva para a construção do grupo profissional dos enfermeiros, pelo desenvolvimento de competências para cuidar integrando uma visão global do ser humano a que não tem correspondido o necessário aumento do número de enfermeiros nem a efectiva melhoria das condições de trabalho.

Considerando o pressuposto de que só melhorando as condições de exercício e da formação se poderá aspirar a uma maior procura da profissão, esta década foi de extrema importância para a afirmação de uma enfermagem que se pretendia diferente, mas ainda muito centrada num discurso que valorizava pouco a prática centrada nas necessidades das pessoas, como organizador dos cuidados de enfermagem.

O estudo referenciado anteriormente, desenvolveu uma metodologia em que os sujeitos de investigação inquiridos foram os enfermeiros chefes e não os enfermeiros da área da prestação de cuidados, procurando através deste recurso metodológico viabilizar uma visão global do problema, também a nível nacional, não se restringindo às visões particulares dos enfermeiros, sobre o problema (Cf., ib. p.11). Na década em análise, e em relação à área da prestação dos cuidados de saúde primários, verifica-se um desequilíbrio na distribuição dos recursos, através da análise dos seguintes quadros.

Quadro nº 10 - Dimensão dos Centros de Saúde

Número de Enfermeiros	Frequência	Percentagem
Inferior ou igual a 10	95	35.6
Entre 11 e 20	109	40.8
Superior ou igual a 21	63	23.6
TOTAL	267	100.0

No quadro anterior verifica-se que predominam os Centros de Saúde com um total de 11 a 20 Enfermeiros.

No quadro seguinte pode verificar-se que, por Regiões os Centros de Saúde com menor dimensão, isto é, igual ou inferior a 10 enfermeiros, são a categoria predominante no Alentejo. Os Centros de dimensão intermédia, com 11 a 20 enfermeiros, são a categoria predominante na Região Norte e na Região Centro. Os Centros de Saúde de maior dimensão, com 21 ou mais enfermeiros, são a categoria predominante na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Estes dados demonstram a existência, de facto, de uma assimetria na distribuição geográfica dos recursos.

Quadro nº 11 - Dimensão dos Centros de Saúde por região – em percentagem

Número de Enfermeiros	Lisboa e Vale				
	Norte	Centro	do Tejo	Alentejo	Algarve
Inferior ou igual a 10	23.5	41.0	22.2	66.7	41.7
Entre 11 e 20	53.0	42.0	34.9	25.0	41.7
Superior ou igual a 21	23.5	17.0	42.9	8.3	16.6
TOTAL	100.0 n=68	100.0 n=88	100.0 n=63	100.0 n=36	100.0 n=12

Quando questionados sobre a «suficiência» dos recursos humanos, na grande maioria dos Centros consideram não ter número suficiente de enfermeiros, como se constata no quadro seguinte.

Quadro nº 12 - Número de enfermeiros em percentagem

Centros Saúde	
Sim	11
Não	89
	100

Na distribuição por Regiões dos Centros que indicam não ter um número suficiente de enfermeiros, as percentagens mais elevadas situam-se na Região do Algarve e, seguidamente, na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Quadro nº 13 - Centros sem número suficiente de enfermeiros, em percentagem

Lisboa e Vale do				
Norte	Centro	Tejo	Alentejo	Algarve
91	84	95	81	100

Quanto ao número de enfermeiros que seria necessário admitir para responder às necessidades existentes, os valores indicados totalizaram **1711** enfermeiros (41% do universo). Tomando este número como referência, os Centros de Saúde estão a trabalhar com menos de **41%** dos enfermeiros de que realmente necessitam.

Atendendo ao actual número de utentes inscritos nos Centros de Saúde e ao total de enfermeiros actualmente em exercício nestas instituições, verifica-se que o respectivo ratio corresponde a 1816 utentes/enfermeiro. Não obstante as assimetrias que este tipo de indicador esconde, considera-se que a admissão de mais 1711 enfermeiros significaria reduzir este ratio para 1295 utentes / enfermeiro⁶⁸⁶.

E quanto aos Hospitais, a carência de enfermeiros é um problema com expressão na maioria destes, como se pode observar no quadro seguinte, em que apenas 25% dos enfermeiros inquiridos consideram existir um número de enfermeiros suficientes.

Quadro nº 14 - Número suficiente de enfermeiros por serviços - em percentagem

Hospitais	
Sim	25
Não	75
	100

De acordo ainda com Carapinheiro e Lopes (1997, p.93), o número de enfermeiros indicado para cada serviço, que seria necessário admitir para suprir as actuais carências, totaliza 1151 enfermeiros para o conjunto dos Serviços em análise. Este valor representa a admissão de mais 16,6% dos enfermeiros actualmente em exercício nestes serviços. Trata-se de uma percentagem consideravelmente mais baixa do que a registada nos Centros de Saúde, onde o quantitativo de enfermeiros a admitir representa mais 41%. E como era realizada a análise pelo «outro lado» isto é pelo Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde?

Uma dificuldade reconhecida pelo Ministério da Saúde em 1996⁶⁸⁷ é a de que "...os subsistemas de informação existentes que recolhem e divulgam dados na área dos recursos humanos, dado não estabelecerem conexões entre si, não satisfazem as necessidades da informação e a sua fiabilidade"(p.148), daí a complexidade da intenção em pretender mobilizar os dados que as estruturas centrais divulgavam, como forma de assegurar a validade dos mesmos para a análise ensaiada. Assim, e de acordo com a fonte antes referida, pode verificar-se a evolução do número de profissionais de enfermagem entre

⁶⁸⁶ Todos estes quadros e texto têm como fonte o estudo de Carapinheiro e Lopes antes citado.

⁶⁸⁷ Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (1996). Elementos estatísticos. Saúde/1996. Lisboa.

1990 e 1996, onde se pode identificar claramente que entre 1991 e 1995, corresponde ao período em que saíram diplomados os enfermeiros do período da «duplicação», num total de quase 5000 novos enfermeiros.

Quadro nº 15 - Efectivos do Pessoal de Enfermagem no Ministério da Saúde

	1990	1995	1996	1990/96	1995/96
Pessoal de Enfermagem	24 973	29 685	29 899	4926	214

De acordo com a mesma fonte, verifica-se que em relação a esta década, se confirma a existência de maior número de enfermeiros nos hospitais, por comparação com os cuidados saúde primários, conforme quadro seguinte.

Quadro nº 16 - Efectivos do Pessoal de Enfermagem por serviços

Pessoal de Enfermagem	144	10	78	2	6172	13210	10283	29899
	SPAE	SCSP	EEIC	ARS	S-RS	HC	HD	TOTAL

⁶⁸⁸)

O paradigma de identificação de necessidades de enfermeiros tem sido o paradigma biomédico, onde o indicador para os cuidados diferenciados é o número de camas, não considerando qualquer indicador que valorize as necessidades reais de saúde das populações, o que «desvaloriza» o suporte teórico da componente académica da disciplina de enfermagem, onde a centralidade dos cuidados deveria ser cada vez mais atribuída à pessoa tanto na condição de saudável como de doente. Outra leitura possível de fazer prende-se com o facto de enquanto for este o paradigma a determinar o número de enfermeiros necessários ao Sistema de Saúde em Portugal, a enfermagem não conseguirá demonstrar a sua existência como disciplina e profissão autónoma e desta forma participar politicamente nas decisões. Sento este facto tão bem ilustrado por Freidson, quando diz que para a enfermagem sair da subordinação à autoridade médica teria de descobrir um campo onde pudesse reivindicar e manter o seu monopólio, mas como isso teria de ocorrer num campo em que a saúde estivesse no centro das suas actividades, ficaria de novo sob o controlo da medicina (Cf., 1986, p.76). Na nota XIII (p.122) encontra-se em quadro dados

⁶⁸⁸ Legenda: SPAE – Serviços Personalizados com Atribuições Específicas; SCSP – Serviços Centrais e restantes Serviços Personalizados; EEICA – Estabelecimentos de Ensino e Investigação Científica; ARS – Administrações Regionais de Saúde; S-RS – Sub-Regiões de Saúde; HC – Hospitais Centrais; HD – Hospitais Distritais.

sobre os efectivos enfermeiros no Ministério da Saúde, segundo o tipo de serviços e ratio habitante / Enfermeiro. Estes dados numa análise mais profunda permitem identificar também na década de 90, a manutenção da carência de enfermeiros, interessando inventariar os factores que conduzem a esta situação, tendo em consideração que não se mantêm alguns dos factores identificados nas décadas precedentes.

1998, foi um ano em que foram tomadas decisões políticas que promoveram de alguma forma o desenvolvimento da enfermagem, embora a indefinição nalgumas das áreas e a falta de regulamentação noutras tenham criado alguns impasses que ainda hoje estão presentes⁶⁸⁹.

Actualmente a enfermagem portuguesa confronta-se ainda com o grave problema que se tem analisado neste capítulo, grave porque se repercute na ausência ou no défice de cuidados de enfermagem a que os cidadãos têm direito, essencialmente na área dos cuidados de saúde primários. De acordo com a Sr^a. Bastonária da Ordem dos Enfermeiros⁶⁹⁰ desde a sua criação (1998) tem alertado os Governos, a Assembleia da República e o público em geral para as consequências desta situação, insistindo com a necessidade de um plano estratégico para a formação de enfermeiros (Cf., p.19). Considerando que o ratio de enfermeiros em Portugal é de 3,7 enfermeiros/1000 habitantes e que a média dos países da União Europeia (1998) é de 5,9 permite dizer que o défice de enfermeiros em Portugal é de 22700 enfermeiros. Uma vez mais por comparação aos ratio e não à identificação de necessidades de cuidados em Portugal.

Em 2001 e na sequência da Resolução de Conselho de Ministros (nº140/98), foi apresentado o «Plano Estratégico para a formação nas áreas da Saúde»⁶⁹¹, com o objectivo de propor vias de resolução das carências profissionais nestas áreas⁶⁹². Para além do reconhecimento da grave carência dos enfermeiros a nível nacional, a associação deste facto com a assimetria na distribuição regional de enfermeiros, traduz-se numa situação com graves consequências para a saúde das populações. Mantém-se a situação de mais de 50% dos enfermeiros existentes trabalharem nos Distritos de Lisboa, Porto e Coimbra, provavelmente por ser onde se encontram sediadas grandes organizações hospitalares. Só na região de Lisboa mantêm-se concentrados 1/3 do total de enfermeiros existentes. Os grandes investimentos em tecnologia de ponta (cuidados intensivos e urgência) que consomem um número elevado de horas de cuidados, absorvem cerca de 77% destes profissionais que optam por trabalhar em unidades hospitalares, o que se traduz por um

⁶⁸⁹ Discurso proferido pela Bastonária da Ordem dos Enfermeiros na abertura do 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros.

⁶⁹⁰ I Congresso da Ordem dos Enfermeiros, 2001

⁶⁹¹ Trata-se de um relatório preparado para os Ministérios da Educação e da Saúde pelo encarregado de Missão, Professor Doutor Alberto Amaral.

⁶⁹² Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. Grupo de Missão (Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98, de 4 de Dezembro)

ratio enganador de 300 habitantes /enfermeiro. Para além deste dado, apenas 21% do total dos enfermeiros do País se encontra a exercer a profissão em Centros de Saúde. O que para o desenvolvimento de um paradigma de saúde mais próximo das pessoas, ajudando-as na transição entre situações de saúde e doença e vice-versa, se configura como altamente inibitório. Destes dados pode dar-se conta nos quadros seguintes.

Quadro nº 17 - Distribuição dos locais principais de exercício profissional dos enfermeiros

Local principal de exercício profissional	Número	Percentagem
Hospitais	31576	74 %
Centros de Saúde	7548	18 %
Escolas Superiores de Enfermagem	614	1 %
Outros conhecidos	3064	7 %
TOTAL	42802	100.0

Fonte: Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem Novembro 2003

Os números que falam sobre esta problemática, permitem equacionar as dimensões que caracterizam de forma mais adequada a carência dos enfermeiros, sendo que as estimativas têm por base as necessidades adicionais que resultam dos novos projectos interministeriais Saúde / Educação / Solidariedade / Juventude, destinados a sustentar iniciativas tais como: implementação das alterações à organização dos serviços de saúde (cuidados continuados – entretanto aprovados em lei; unidades de apoio a idosos; os programas de saúde escolar; programas de prevenção e tratamento da toxicodependência). Prevê-se que sejam necessários cerca de 3500 novos enfermeiros até 2006, exactamente para actuar na área antes referida como de transição. Para além das alterações decorrentes da política de saúde, outra das dimensões a equacionar é o processo de aposentação. A fim de ilustrar esta dimensão, apresenta-se no quadro seguinte as previsões de aposentações até 2005-2006.

De acordo com o Grupo de Missão “ prevê-se que adicionando as vagas de 1996-1997 às necessidades impostas pelos programas especiais e contabilizadas as aposentações neste período, haverá que formar 20 980 novos enfermeiros, apenas para cobrir as necessidades do SNS com a configuração actual, isto é, sem atender à criação de novas unidades de prestação de cuidados de saúde nem à actualização dos quadros existentes”(p.31).

Quadro nº 18 - Aposentações do pessoal de enfermagem

ANOS	Aposentações
1997 – 1998	344
1998 – 1999	570
1999 – 2000	534
2000 – 2001	450
2001 – 2002	493
2002 – 2003	532
2003 – 2004	481
2004 – 2005	491
2005 - 2006	510

Fontes: 1997 a 2000: Base de dados do Departamento de Recursos Humanos da Saúde; 1999-2000: dados provisórios; 2000-2001 e seguintes: projecção dos dados de 1996 a 2000

Para o mesmo grupo estas dimensões não são suficientes para projectar adequadamente o número de enfermeiros necessários, visto que existe um défice muito grande em relação à Europa, pelo que importa ter em conta três factores ainda não contabilizados:

- a) actualização dos quadros existentes; b) a criação de novas unidades; c) o sector privado.

Isto porque a carência crónica de profissionais de enfermagem é referida, pelo conjunto das organizações de saúde, como um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento dos seus projectos. Esta situação, apesar de publicamente reconhecida, não tem sido até ao presente objecto de medidas que eficazmente contribuam para a sua resolução. Uma das consequências deste défice é a existência de um grande número de enfermeiros em regime de duplo e até de triplo emprego, que se associa à manutenção das condições remuneratórias insuficientes e de que podem decorrer eventuais implicações na qualidade dos cuidados prestados. De acordo com dados da OCDE relativos ao ano de 1986⁶⁹³, a opção proposta é por uma estimativa em termos de média europeia o que contemplará, necessariamente, todas aquelas necessidades.

No quadro seguinte, apresenta-se uma simulação do preenchimento das vagas actualmente existentes no SNS com a configuração actual, mas incluindo uma estimativa das necessidades adicionais que resultam dos novos projectos (antes referidos). Estes dados permitem concluir que, se não houvesse as necessidades acrescidas que resultam dos novos projectos interministeriais (3500 enfermeiros), até 2005-2006 seriam satisfeitas as necessidades de preenchimento das vagas existentes no SNS e colmatadas as vagas abertas pelas aposentações. Desta forma, no final de 2005-2006 existiria ainda, um défice de cerca de 3400 enfermeiros que seria eliminado no ano seguinte. Existindo no final de 2000 cerca

⁶⁹³ Citado no Relatório Professor Alberto Amaral, de OCDE (2000). OCDE Health Data 2000: comparative analysis of 29 Countries. Paris, OCDE.

de 38200 enfermeiros no activo e havendo até 2006 uma previsão de 2507 aposentações e a formação de 12 232 novos enfermeiros, o total em exercício passará para 47 925, o que corresponderá a 4.6 enfermeiros por 1000 habitantes. Mas se se considerar a aproximação à média europeia de 5,9 enfermeiros por mil habitantes, o número de enfermeiros a formar terá que ser superior em 13 400 enfermeiros.

Quadro nº 19 - Previsões de necessidades de enfermeiros (SNS) e da capacidade de formação de novos profissionais⁶⁹⁴

	1997 / 1998	1998 / 1999	1999 / 2000	2000 / 2001	2001 /2002	2002 /2003	2003/ 2004	2004 /2005	2005/ 2006	TOTAIS
Vagas dos quadros	13075	12169	11489	10773	9512	8526	7607	6573	4993	13075
Cuidados diferenciados	9469	8813	8316	7802	6889	6174	5509	4763	3631	94469
Cuidados Primários	3606	3356	3173	2971	2523	2352	2098	1810	1362	3606
Diplomados	1250	1250	1250	1711	1979	2051	2315	2871	3016	17593
Ensino Público	1000	1000	1000	1211	1329	1451	1605	1906	2051	12553
Ensino Privado	250	250	250	500	550	600	710	965	965	5040
Projectos especiais	-	-	-	-	400	600	800	800	900	3500
Números de enfermeiros										
Número de aposentados	344	570	534	450	493	532	481	491	510	4405
SALDO	-	-	-	-9512	-8526	-7607	-6573	-4993	-3387	-3387
	12169	11489	10773							

⁶⁹⁴ Plano estratégico para a formação nas áreas de saúde.

CAPÍTULO 3 - DE MONITOR A PROFESSOR DE ENFERMAGEM. UM PERCURSO A COMPREENDER

Neste capítulo procura compreender-se a evolução ocorrida ao longo do período em estudo, no que concerne aos actores responsáveis pela condução do processo de ensino/formação. Esta dimensão não pode ser analisada de forma isolada das anteriores dimensões, como é compreensível.

É imperioso considerar essencialmente o facto de os espaços de formação terem evoluído de escolas como serviços dos hospitais, para escolas que se foram construindo nas diferentes autonomias – técnica, administrativa, pedagógica, financeira e científica; bem como a evolução da disciplina de enfermagem⁶⁹⁵, que na década de 50 se iniciou com a percursora, designada à altura de *técnica(s) de enfermagem*, da responsabilidade dos enfermeiros que à altura eram designados *Monitores*.

Na década de 50, começou a definir-se o papel dos monitores a partir do pressuposto de que no ensino prático (estágios) não podia continuar a existir a dupla responsabilidade pelos cuidados aos doentes e pela orientação dos estudantes, na medida em que quando colocados perante a situação de escolher entre o doente e a aluna, forçoso era que preferisse o doente, lesando as alunas na sua condição de estudantes. Esta era uma premissa para a construção da separação efectiva das escolas dos hospitais.

Dos primeiros regulamentos de escolas que se conhecem, releva-se o da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, como exemplo do que era definido em relação aos professores de enfermeiros (Nota I, p.123).

Na medida em que o pessoal de enfermagem existia para desenvolver uma actividade delegada, a sua formação era definida por quem detinha o poder, perpetuando assim um paradigma formativo onde o currículo e o local de aprendizagem eram definidos por quem socialmente detinha poder e reconhecimento para o efeito.

No ensino passava-se uma situação idêntica à do exercício, na medida em que a diversidade e heterogeneidade de cursos advinha mais das necessidades das especialidades médicas que se iam constituindo e das organizações, do que propriamente dos sujeitos dos cuidados que participavam ainda pouco na centralidade que a acontecer, clarificaria cada vez melhor a

⁶⁹⁵ Relatório Simeão 1957/5 “ Vêm as nossas escolas preparando as suas alunas em conformidade com o actual conceito de enfermagem? A maioria, não. Quási todas consideram ainda a enfermagem como um mais ou menos aureolado serviço de cuidados prestados à cabeceira do doente e só para ele se tentam preparar as alunas. Esta tradição tem que ser substituída pelo novo e vasto conceito de enfermagem para o que se tem que melhorar a qualidade do ensino e dar às alunas melhores condições de estudo e recreio.”(p.77)

área de intervenção do que se preconizava que viesse a ser a enfermagem, como área do saber autónomo.

A formação dos professores na década de 50, acontecia de forma pouco diferenciada para o ensino da enfermagem, na medida em que sendo os professores (assim considerados) os médicos, a formação que possuíam era a da sua área profissional adquirida tanto na perspectiva académica como na perspectiva profissional, nos espaços de trabalho onde desenvolviam a sua actividade e, por esta via, se consideravam como os responsáveis legítimos para definirem as necessidades de formação do grupo que consideravam como seu dependente.

A situação do ensino dos profissionais de enfermagem era de tal forma deficitária que se impunha tomar medidas no sentido de formar mais e melhores «professores» de enfermagem, quando se propunha como solução, a preparação urgente de pessoal de ensino qualificado (monitoras). Nesta sequência era tomada a decisão de atribuir bolsas de formação para enfermeiros, de acordo com Nota II (p.123).

Reconhecia-se já nesta altura a necessidade de que “é indispensável que todas as monitoras possuam uma preparação complementar de ensino de enfermagem⁶⁹⁶” (p.78).

Nos espaços de formação que foram analisados, essencialmente as escolas dependentes, primeiro do Ministério do Interior e posteriormente do Ministério da Saúde (embora possam ter existido diversas designações), tem sido referida uma escola que Soares (1997) designou por «*uma Escola Diferente*» - a Escola Técnica de Enfermeiras⁶⁹⁷. Nesta escola, desde o seu início “O corpo docente (...) foi sempre constituído, primordialmente, por enfermeiras responsáveis pelos conteúdos da Ciência e Arte da Enfermagem; as matérias das ciências biológicas, físicas e humanas eram asseguradas por docentes das áreas respectivas⁶⁹⁸”.

Nesta Escola a filosofia educativa era nitidamente diferente, na medida em que o responsável pela sua criação, considerava que as “Enfermeiras só podem ser educadas por enfermeiras, nós os médicos falhamos na sua formação. E se nós não temos capacidade para educar enfermeiras técnicas, quem além das próprias monitoras, pode oferecer garantias?” (Ib. p.208).

A propósito dos quadros de pessoal que à altura eram comuns entre os hospitais e as escolas, na medida em que estas eram serviços destes, eram definidas as diferentes categorias existentes à época “ Enfermeira Directora (...); Enfermeira – Monitora Chefe (...); Enfermeira Monitora (...); Enfermeira – Monitora Auxiliar (...)”⁶⁹⁹ (p.61).

⁶⁹⁶ Relatório Simeão 1957/58, (Cf., p.78).

⁶⁹⁷ Actual Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil.

⁶⁹⁸ Corrêa, Beatriz Mello (2002). *Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. 1940-1988*, (p.208)

⁶⁹⁹ Relatório Simeão, (p.61).

Preconizava-se na altura a definição de um perfil que permitisse a selecção do pessoal de ensino (bem como para a chefia, que seguia a mesma orientação), perfil esse que passava por características pessoais e profissionais, explicitadas em Nota III (p.123).

A Interdependência entre a formação e o perfil das enfermeiras chefes e das enfermeiras monitoras era evidente pela proximidade entre a escola e os hospitais ser muito grande, na medida que na formação prática se as enfermeiras chefes eram responsáveis pelo pessoal, as monitoras eram as enfermeiras responsáveis pelas alunas e pela sua educação, mas ambas eram responsáveis pelo tratamento e bem estar dos doentes.

Durante o desenvolvimento da reforma de 1952, eram definidas as áreas de saber e quem era responsável pela sua abordagem, cabendo aos médicos ensinar matérias como anatomia, fisiologia, cirurgia e medicina. As monitoras, para além das aulas de técnicas de enfermagem, passavam a ser responsáveis por acompanhar as alunas nos estágios, introduzindo a noção de integração teórico-prática, como de alto valor pedagógico.

Em relação à ETE, pelo apoio que recebia da Fundação Rockefeller (FR), também a formação de monitoras era considerada, tal como Corrêa (2002) refere, “foi realizada nos Estados Unidos como bolseiras da FR, influenciando claramente o modelo de formação e de carreira na ETE” (pp. 209-210).

Também no âmbito do Ministério da Saúde, se desenvolveu a política de formação, de acordo com Bessa⁷⁰⁰ e acerca das condições e percursos para os enfermeiros fazerem formação no estrangeiro essencialmente na École des Cadres em Lyon e na Universidade de Edimburgo, não existindo critérios muito claramente definidos para a selecção, de que se salientam: o Curso de Enfermagem Geral, o Curso de Especialização em Enfermagem; o Curso de Enfermagem Complementar, Secção de Ensino e Secção de Administração, e o exame de francês e inglês, respectivamente com aproveitamento.

De acordo com as características do modelo de formação em enfermagem à altura, o ensino prático era muito *valorizado*, caracterizando-se nesta época pela realização de estágios, em que a responsabilidade de orientação dos alunos até à década de 50, era dos enfermeiros chefes, e passava assim a ser da responsabilidade dos «monitores»⁷⁰¹, mas que ainda não desenvolviam a leccionação de conteúdos teóricos, nem a preocupação da fundamentação das técnicas que abordavam.

⁷⁰⁰ Entrevista Maria Aurora Bessa, (p.26).

⁷⁰¹ “Enfermeira Monitora – Orientar o ensino de uma ou mais disciplinas, dum ou mais estágios, tendo em vista uma boa aprendizagem das alunas. Enfermeira Monitora Auxiliar – Auxiliar ou substituir as enfermeiras monitoras na execução das suas funções. Orientar as alunas e assegurar que recebam o melhor ensino possível”.

Nesta perspectiva, começavam a definir-se as regras no que concerne à identificação das necessidades de «monitores» relativamente aos estágios⁷⁰².

A fim de clarificar o melhor possível as características do trabalho dos monitores na década de 50, apresenta-se na Nota IV (p.124), a informação disponível nos regulamentos da época.

Importa referir a existência do outro nível de formação, em que as características das monitoras eram idênticas, diferenciando-se apenas em que “...o número pode ser mais reduzido, visto terem apenas duas disciplinas básicas: medicina e cirurgia e, se a escola for pequena, poderá uma só enfermeira acumular as funções de directora e monitora - chefe”(Ib. p.79).

O relatório em referência teve grande importância à época em que foi produzido, manifestando uma qualidade de avaliação que demonstrava já uma grande consciência acerca do que eram as necessidades objectivas da enfermagem tanto no que concerne à formação como à construção do grupo profissional. Identifica-se uma lógica prospectiva e de construção e evolução, que por constrangimentos relacionados com a divisão social do saber acontecia a partir dos que dominavam e como tal tiveram o poder de determinar se a evolução acontecia de acordo com as propostas feitas por enfermeiros, ou não.

No início da década de 60, durante o processo de reforma do exercício e do ensino de enfermagem, e acerca do pessoal docente, era proposto no artigo 15º, parágrafo 3º do projecto de decreto lei que “(...) os professores, monitores e demais empregados são também livremente recrutados pelas escolas, mas a escolha do pessoal docente deverá ser comunicada ao Ministério da Saúde e Assistência⁷⁰³(p.7).

Os representantes do Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, posicionavam-se face à problemática do ensino e de quem dirigia as escolas e desenvolvia o ensino, procurando introduzir alterações ao projecto de diploma, começando por sugerir uma definição de enfermagem como uma profissão paramédica que se rege por princípios e métodos próprios, na organização de serviços, no ensino e no auxílio a prestar aos indivíduos para conservar, recuperar e manter um bom nível de saúde⁷⁰⁴.

⁷⁰² Relatório Simeão 1957/58 “Sempre que o número de alunas for muito grande poder-se-à recorrer também a monitoras – auxiliares. A proporção entre o número de monitoras e o de alunas será, mais ou menos, a seguinte: 4 monitoras – 50 alunas; 6 monitoras – 100 alunas; 8 monitoras – 150 alunas.” (Cf.,p.79).

⁷⁰³ Documentos do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde e Assistência. Diploma sobre o ensino de enfermagem – capítulo 1- do ensino de enfermagem e das escolas, (p.7).

⁷⁰⁴ Os representantes do Sindicato Profissional de Enfermagem eram: Daniel Pinto (Lisboa); Emília Maria Costa Macedo (Coimbra) e Mário Sarmiento Rebelo (Funchal) – A justificação da introdução do artigo 1º era “...introduzir na lei uma afirmação que seja um esboço da definição de enfermagem. É sabido que entre nós esta se encontra numa posição que salvo raras excepções lhe limita os movimentos, estando assim impossibilitada de realizar em pleno os seus objectivos em nível adequado de modo a dar satisfação às necessidades assaz prementes da Sociedade. Aprovada esta ou outra redacção semelhantes a enfermagem ficará mais integrada na sua alta e bela missão e afigura-se-nos que o projecto ora em estudo ficará mais completo”.

Nesta época ainda as escolas eram dirigidas por Médicos que eram simultaneamente directores do hospital onde a escola estava integrada, ou pelo menos próxima, tendo-se iniciado nesta reforma o movimento de defesa da Direcção das Escolas por Enfermeiras, contrariando um pouco a vontade de alguns médicos que pertenciam à comissão de reforma⁷⁰⁵. A proposta em relação à designação dos enfermeiros docentes, passava a ser a de professores de enfermagem (Nota V pp.124-125).

Esta era uma lógica que se ia desenvolvendo por via da introdução de novos conhecimentos, métodos inovadores que se por um lado criavam um espaço de afirmação dos enfermeiros, por outro lado faziam surgir alguns conflitos. Estes aconteciam essencialmente porque a qualificação procurava introduzir e desenvolver inovação na acção pedagógica, bem como intervir na acção quotidiana nos serviços, começando a questionar a prática dos cuidados⁷⁰⁶.

Mas como se depreende, as necessidades de formação de monitores criadas por estas exigências do ensino, eram definidas a partir do conhecimento simultâneo da realidade portuguesa, mas influenciada pela realidade estrangeira, na medida em que muitos dos decisores nesta matéria, conheciam o que se passava no estrangeiro, propondo que as enfermeiras portuguesas fizessem formação no estrangeiro, tal como analisado antes. De tal forma se dava importância à formação de monitoras no estrangeiro, que eram concedidas bolsas de estudo para a deslocação destas, com regras de funcionamento embora diferentes das escolas dependentes do Ministério do Interior e da única escola sob tutela do Ministério da Educação Nacional. Em relação às primeiras, as regras eram definidas a partir do compromisso de permuta de ajuda recebida, pela prestação de serviço em tempo idêntico⁷⁰⁷ (Nota VI, pp.125-126), encontram-se indicações sobre a tomada de decisão quanto aos apoios a dar aos enfermeiros.

A formação no estrangeiro foi ocorrendo no sentido de preparar os enfermeiros que iriam promover a mudança estrutural no ensino e no exercício de enfermagem, aspecto que veio a consubstanciar-se de forma mais evidente a partir da criação da Escola de Ensino e Administração de Enfermagem. Com a criação desta Escola, pretendeu-se essencialmente construir novas formas de pensar enfermagem sendo clara a política da altura em investir na

⁷⁰⁵ Proposta apresentada pelo Dr. Adriano Castilho e interpelada por proposta apresentada pela Sr Enfermeira Mello Corrêa da ETE “ Artigo 9º - Não me parece que o curso de Ciências Pedagógicas seja suficiente para dirigir uma Escola de Enfermagem. Parece-me simplesmente, natural e lógico que um enfermeiro ou enfermeira com competência profissional comprovada e preparação especializada seja o único a poder dirigir uma escola de Enfermagem, à semelhança do que se observa em outras instituições de ensino em que é um profissional da especialidade que orienta o respectivo ensino. Apenas a título provisório - ”e verificada a inexistência de pessoal qualificado, poder-se-ia ter, em minha opinião, que recorrer a outro indivíduo, médico ou não, com prática de ensino a enfermeiros”, (p.5).

⁷⁰⁶ Entrevista realizada ao Sr. Enfermeiro Ernesto da Fonseca em 12 de Março de 2003, (p.6).

⁷⁰⁷ Inspecção da Assistência Social. Documento em papel timbrado do Ministério do Interior – Inspecção da Assistência Social. Formação de Monitores.

formação de enfermeiros no estrangeiro, como forma de preparar pessoal altamente qualificado que depois pudesse intervir na formação de pares. Mas foi também a partir daqui que se terá iniciado aquilo que muitos designam ainda hoje, por separação entre a teoria e a prática, quando em nossa opinião o que começou foi a existir alguma capacidade teórica, que não terá sido trabalhada, muito por (im)preparação dos actores principais.

A reforma de 65, enfatiza a importância de um corpo docente, em número suficiente e especialmente preparado para o fim em vista. A responsabilidade total do ensino passou a ser das enfermeiras professoras (ou monitoras), enquanto que os médicos e outros técnicos, passaram a ser colaboradores.

As directrizes para o curso de enfermagem geral que decorreram da reforma de 1965, eram claras no que concerne à preparação do corpo docente de enfermagem: os monitores devem possuir uma habilitação de base, de nível superior à dos alunos; a preparação profissional superior à do curso que leccionam e uma experiência qualificada em enfermagem; possuam a especialidade referente à matéria que ensinam.

No entanto, a nível do ensino o problema era idêntico ao do exercício, caracterizando-se por um défice de docentes, resultando que as alunas não eram suficientemente orientadas, muito especialmente nos estágios, onde muitas vezes estavam sós⁷⁰⁸.

Com o desenvolvimento do plano de estudos de 1965, surgiram dificuldades decorrentes da organização das Escolas de Enfermagem e da falta de professores enfermeiros devidamente preparados, tendo sido tomadas medidas no âmbito da formação de docentes a preparar uma nova organização e a revisão da carreira de enfermagem (Cf. Sousa, 1983, p.11).

Continuava a autora citada referindo que assim acontecia pela necessidade em preparar professores nas diferentes áreas de especialização que se preconizava desenvolver⁷⁰⁹.

Foi assim reconhecida a necessidade de preparar enfermeiros para assumir a sua autonomia e começando pelos que iriam assegurar a formação dos pares, definindo-se num novo perfil para o futuro enfermeiro docente, “Valoriza-se a sua formação pedagógica com uma nova estrutura curricular da secção de ensino do curso complementar e em 1967 é criada a carreira de ensino de enfermagem onde pela primeira vez aparece a categoria de enfermeiro professor⁷¹⁰”(p.235).

É dado um novo impulso e reforço à docência de enfermagem como uma área específica de actuação do enfermeiro, com o Decreto Lei nº 48116 de 27 de Dezembro de 1967, “que reconhece à docência de enfermagem a especificidade de área específica de actuação do enfermeiro com particularidades e exigências próprias. Para chamar novos profissionais

⁷⁰⁸ Relatório que faz o ponto de situação quanto ao ensino de enfermagem. Revisão do ensino de enfermagem – 1965, (p.34).

⁷⁰⁹ Comunicação proferida por Mariana Dulce Diniz de Sousa na escola de S. João do Porto em 1983. (p.21-24).

⁷¹⁰ 3º Congresso Nacional de Enfermagem. Porto 24 a 29 de Março de 1985, (p.235).

para o ensino cria incentivos que incluem redução das horas de trabalho semanal e remuneração compensatória das condições que caracterizam a actividade docente”(Ib. p.236).

A importância atribuída pelo poder político à criação de novas condições para o desenvolvimento da enfermagem, baseava-se mesmo numa dimensão de cooperação entre a Escola de Ensino e Administração em Enfermagem e outras estruturas, embora do âmbito da saúde, de que se releva a Inspeção de Enfermagem da Direcção Geral dos Hospitais , no desenvolvimento de programas de actualização para monitores de enfermagem das Escolas de Enfermagem sob a tutela do Ministério da Saúde e Assistência.

A Escola de Ensino e Administração em Enfermagem⁷¹¹, criada com a missão de formar líderes em enfermagem exerceu um papel importantíssimo no âmbito da especialização e especificação do saber em enfermagem, pelo desenvolvimento de actividades que tinham entre outros objectivos, “(...) melhorar, o mais possível, o ensino nas escolas, a Inspeção de Enfermagem realizou (...) um programa de actualização em Enfermagem Psiquiátrica, para os monitores de todas as escolas de enfermagem do Ministério da Saúde⁷¹²”.

Também os cursos de especialização se iniciaram com professores de enfermagem preparados fora do país em locais de maior desenvolvimento dos ramos específicos. Sendo professores nestes cursos, muitos dos enfermeiros melhor preparados com obtenção de títulos académicos de licenciaturas e até doutoramento em enfermagem de saúde pública, obtidos no estrangeiro (cf. Sousa, 1983, p.24).

Em relação a esta evolução que era considerada imprescindível, Sousa (1983) a propósito da reflexão análise que produziu em 1983, tendo como período referência os 25 anos anteriores, reconhece “ aos enfermeiros professores das escolas o envolvimento na formação que têm tido como oportunidade de se actualizarem e aprofundarem os seus conhecimentos através de cursos realizados para o efeito” (Cf. p.29).

As importantes alterações que ocorreram no início da década de 70 e, que se constituíram na Reforma Educativa , assumiram uma grande importância para o país, pelo que a Escola de Ensino e Administração, pelas relações estreitas que mantinha com o Ministério da Educação Nacional, apesar de não integrada, respondeu à solicitação do referido Ministério para se pronunciar acerca da referida reforma, através do seu Conselho Escolar⁷¹³.

⁷¹¹ “As dificuldades de adaptação dos professores e monitores, patentes de princípio, têm-se atenuado progressivamente. A fim de remediar esta situação, está o governo a executar desde há anos e, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, um plano sistemático de preparação de pessoal de ensino para uma escola que, em nível superior à da formação geral, possa tomar a responsabilidade de formar o pessoal mais qualificado na carreira de enfermagem”(p.6).

⁷¹² Brochura comemorativa da criação e inauguração da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem. Junho 1967. Discurso do Ministro da Saúde e Assistência, (p.7).

⁷¹³ Relatório sobre a análise dos projectos de reforma do ensino. Documento em papel timbrado do Ministério da Saúde e Assistência. Escola de Ensino e Administração em Enfermagem. Abril 1971, (p.22).

No início desta década (de 70), a rede de escolas aumentou substancialmente, tendo as novas escolas como missão principal a formação de auxiliares de enfermagem, sendo que existia também a preocupação que (no curso de auxiliares de enfermagem) houvesse sempre monitores bem preparados para orientar e ensinar os alunos nos estágios, sendo o ensino destes alunos exclusivamente da competência de enfermeiras (cf. Sousa, p.59).

No período anterior o estatuto de monitor era reconhecido, mas na década de 70, a situação não era tão favorável vindo a agravar-se aquando da nova carreira de enfermagem.

As dificuldades na fixação de docentes nas escolas fora dos grandes centros, levaram a que fossem tomadas medidas políticas no sentido de melhorar esta situação, de acordo com Nota VII (p.126).

As mudanças na carreira de enfermagem provocaram o desinteresse levando a uma diminuição de efectivos, com lugares vagos nos quadros da generalidade das Escolas de Enfermagem, impondo-se um estudo rigoroso que permita encontrar soluções sob pena de hipotecar a competência dos enfermeiros de amanhã (Cf., Sousa 1983, p.28-29). Um dos factores a considerar nesta situação, decorreu de alguma forma do «desprestígio» para os docentes, conforme pode constatar-se “ O Decreto Lei nº 48 166 de 1967, (...) criou as carreiras de enfermagem, atribuía à carreira de ensino, relativamente às outras carreiras, uma situação ligeiramente superior na escala de vencimentos. O Decreto Lei nº 414 /71 de 27 de Setembro, (...) alterou aquele diploma, não modificou completamente esta situação, mantendo-se nas categorias superiores da carreira. Com o Decreto Lei nº 534 / 76 de 6 de Julho, foi estabelecido um nivelamento entre os vários graus das carreiras, mas mantendo um certo equilíbrio que embora não fosse aceite por todos, não levantou grandes problemas no recrutamento e estabilidade do pessoal docente de enfermagem” (Nota VIII pp.126-127).

O desenvolvimento da enfermagem a partir de novas bases teórico – filosóficas, repercutia-se no processo formativo através das estratégias, dos métodos e dos conceitos que eram mobilizados, havendo no entanto o crescimento de um certo desprestígio para os docentes de enfermagem, sendo este um dos factores apontados para o facto de “Os concursos para admissão de enfermeiros às Escolas repetem-se e repetidamente ficam desertos. O recrutamento é penoso e a selecção praticamente não existe”⁷¹⁴(p.165).

Na medida em que os docentes de enfermagem tomavam em mão a responsabilidade do ensino de enfermagem, saíam da dependência dos médicos, relevando-se a ênfase colocada na utilização de teorias e princípios científicos, o que conduziu a uma maior autonomia da profissão. A visibilidade do trabalho dos docentes, perante os alunos, acontecia no sentido

⁷¹⁴ Romeu Carmo (1981) Panorâmica do ensino de enfermagem em Portugal, Livro de actas do 2º Congresso Nacional de Enfermagem, (p.165).

de torná-los responsáveis pela própria aprendizagem; esta atitude pretende desenvolver nos alunos o espírito de autonomia⁷¹⁵”.

Associa-se o desenvolvimento da autonomia real e completa se conseguiria com a melhoria da formação dos docentes; preparação superior em áreas de Saúde; maior diversidade de preparação; formação descontínua e à distância – módulos; manutenção do Departamento de Ensino de Enfermagem e consequentemente a autonomia das Escolas (cf. Ib. p.94).

Apesar de existirem instrumentos legais como a Portaria 34/70 e depois a Portaria 674/76 que ” atribuíam a responsabilidade da Gestão das escolas em toda a sua extensão – Pedagógica e Administrativa – “...nem sempre são por nós utilizados plenamente; se por um lado nos queixamos de autonomia, ...nem sempre a utilizamos até aos limites do possível” (Ib. p.94).

Em 1984, o grupo de trabalho para a Reforma que conduziu à integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, considerava que “A actual carreira de enfermagem integra diferentes categorias na área de ensino, mas tem-se revelado inadequada à especificidade da docência”⁷¹⁶ (p.6). Para o mesmo grupo de trabalho, a posição era a de que “Aos enfermeiros docentes das escolas superiores de enfermagem (...)deverá ser aplicado o estatuto da carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico (...)”(Ib. p.16).

Nesta época, era identificada a situação que se caracterizava por não haver falta de candidatos a alunos, mas faltavam professores. Os professores de Enfermagem tinham consciência das suas responsabilidades e sabiam que era necessário formar mais e melhores enfermeiros. Só que são poucos para o muito que era necessário fazer, o que lhes acrescentava os motivos de frustração. Para ilustrar esta situação de carência, apresenta-se o quadro em nota IX (p.127), onde se pode verificar a relação entre o número de lugares de quadro e lugares efectivamente preenchidos nas Escolas de Enfermagem dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais, ilustrando a grande carência de docentes de enfermagem, situação que urgia reverter.

Uma das principais dificuldades na gestão dos poucos recursos existentes, situava-se a nível da formação de equipas estáveis, que permitissem aos professores aprofundar conhecimentos, tornarem-se verdadeiros especialistas numa dada área do saber, ensinar o que realmente sabiam, preparar cuidadosamente as suas aulas, realizar trabalho de campo e investigar.

A partir de Abril de 1974, a aprendizagem da democracia e a aprendizagem de uma autonomia que se vinha adquirindo desde 1965, no que concerne ao ensino, não passou pela

⁷¹⁵ 2º Congresso Nacional de Enfermagem, (p.94).

⁷¹⁶ 1º Relatório elaborado pelo grupo de trabalho nomeado por despacho conjunto de 17 de Maio de 1984, do Secretário de Estado do Ensino Superior e do Ministério da Saúde. Integração do Ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, 27 de Julho de 1984.

enfermagem, antes esteve no seu centro de preocupações, na medida em que no final desta década era reconhecida ao Ensino de Enfermagem um nível suficiente para que a Assembleia da República, através da aprovação da Lei nº 61/78, o considerasse suficientemente idóneo para que as Escolas de Enfermagem fossem reconvertidas em escolas Superiores de Enfermagem. O que só viria a acontecer uma década depois.

Os problemas inerentes à área do ensino mantinham-se nesta década, apesar das transformações que ocorreram ao longo da mesma na sociedade portuguesa, reflectiram-se a diversos níveis da panorâmica da enfermagem, quer na área da prestação de cuidados, quer na área da docência, mas com repercussões de sentido oposto para cada uma delas⁷¹⁷.

Foi uma época em que não foram criados incentivos para atrair novos elementos para a docência, agravaram-se as condições de trabalho dos que nela se mantinham e comprometeu-se assim a evolução da própria enfermagem que passava reconhecidamente pela formação de base dos enfermeiros e, esta dependia em boa parte das condições de trabalho e satisfação profissional que aos docentes fossem proporcionadas.

Em 1975, foi desenvolvida uma tentativa de caracterização profissional dos professores, que se apresenta em termos de síntese no quadro em Nota X (p.128) e que decorreu de uma Comissão de estudo das funções de carreira docente de enfermagem, identificando-se que” (...) nada está regulamentado nem escrito sobre legais atribuições de diferentes graus da carreira de ensino⁷¹⁸”.

Mas como decorreram a década de 80 e de 90, a este propósito, atendendo a que a integração no sistema educativo nacional, ocorreu em 1988?

As novas exigências que se colocavam à docência passavam pelos alunos que as escolas passaram a receber, cujas habilitações literárias eram na generalidade o 12º ano tal como no ensino superior, alunos que exigiam um saber fundamentado; argumentavam e não se limitavam a reproduzir fórmulas editadas; rejeitavam o saber descontextualizado e confrontavam os próprios docentes e a sua dinâmica pedagógica, exigindo criatividade e saber que correspondesse à sua argumentação. Tornava-se desta forma da mais elementar coerência que os professores de enfermagem possuíssem o grau de licenciatura, criando condições para a sua aquisição ou equivalência, sob pena de correr o risco de o Ensino de Enfermagem voltar a ser ministrado e dirigido por licenciados de qualquer outra profissão (Cf., Santos Carmo, 1981, p.166).

Como se verifica era uma preocupação, que estava mais relacionada com a falta de coesão no grupo profissional dos enfermeiros e concretamente com o facto de serem «muito poucos», os docentes de enfermagem não chegavam a ser cinco centenas em todo o país!

⁷¹⁷ III Congresso Nacional de Enfermagem (25 a 29 de Março de 1985, Porto). (Livro de Actas) Comunicação proferida pelo Sr Enfermeiro Joaquim Ernesto da Fonseca, (p.326).

⁷¹⁸ Informação oficial sobre a caracterização académica, profissional e social dos professores, emitida pela Escola D. Ana Guedes, para o INSA. 3 de Janeiro de 1975, (p.2).

Era assim preconizado pelo mesmo enfermeiro que “(...) deverá iniciar-se (...) a preparação dos enfermeiros que irão leccionar e dirigir os Cursos Superiores de Enfermagem, promovendo o reconhecimento das habilitações que possuem, exigindo que se defina e se proporcione a formação complementar que, porventura, seja necessário adquirirem”(Ib. p.166).

Outra fonte de dados que permite identificar as dificuldades que existiam à altura, dificuldades essas referidas pelos professores de enfermagem que em conjunto com Técnicos de Enfermagem do Departamento de Ensino de Enfermagem e elementos do grupo responsável pela elaboração do Plano de Estudos de 1977, e que se constituiu como um processo essencial ao desenvolvimento do processo de autonomização das escolas, pelos momentos de partilha e discussão que os mesmos proporcionavam.

A referência é para as reuniões de avaliação dos cursos decorrentes do referido plano de estudos, que permitiram identificar as necessidades de correcção quanto aos conteúdos, estratégias no âmbito do desenvolvimento curricular bem como a identificação das necessidades de formação em relação aos professores⁷¹⁹.

Na medida em que a avaliação ia progredindo, verificava-se que para além da carência de professores, era já evidente a capacidade em identificar as áreas de formação em que existia maior carência de docentes e também as áreas em que os docentes identificavam maiores lacunas de formação⁷²⁰.

Na década de 80 surgiram duas carreiras uma em 1981 pelo Decreto Lei 305/81, transformando numa única carreira, partindo do pressuposto que a Enfermagem era única, independentemente da área de actuação onde ocorra, fazendo corresponder a partir de enfermeiro graduado categorias idênticas para a docência⁷²¹.

Em 1985, é publicado um novo diploma (Decreto Lei nº 178/85) que altera a carreira de Enfermagem introduzindo questões centrais à carreira do exercício, mas em que para os docentes, não existe de facto uma adequação às novas exigências e às novas necessidades de formação.

Entre 1976 e 1984 os órgãos representantes do Grupo Profissional dos enfermeiros tiveram como principal ponto da agenda política e social a promoção dos auxiliares de enfermagem e associando este facto à realidade de que a grande maioria das escolas não desenvolvia estes cursos de promoção, a sua missão era formar auxiliares de enfermagem, e como tal não podiam desenvolver este nível de formação. Este segundo factor, embora não intervindo directamente, não deve ser ignorado, essencialmente porque todo o grupo

⁷¹⁹ Resultados da avaliação da 5ª Área de Aprendizagem do 3º Curso de Enfermagem, (p.17).

⁷²⁰ Resultados da avaliação final do 3º Curso de Enfermagem/82, (p.10).

⁷²¹ III Congresso Nacional de Enfermagem (Porto, 25-29 de Março de 1985). Livro de Actas. Comunicação proferida pelo Sr Enfermeiro Joaquim Ernesto da Fonseca – Docência de Enfermagem. O suposto e a realidade, (p.326).

profissional foi de facto mobilizado para o primeiro factor, fazendo com que os Sindicatos valorizassem quase exclusivamente o exercício na área da prestação de cuidados.

Em 1988, o ensino de enfermagem é integrado no sistema educativo nacional trazendo: candidatos possuidores do 12º ano; reconhecimento das habilitações no espaço comum da educação; participação com outras ciências, complementares à enfermagem, no desenvolvimento da própria identidade própria; desenvolvimento da enfermagem como ciência experimental; equiparações a bacharel e equiparações a estudos superiores especializados (Licenciatura).

Por referência aos anos de 1987 e 1988, identifica-se a carência de docentes de enfermagem, pois dos 534 docentes das Escolas de Enfermagem em Dezembro de 1987, o número aumentara em 43 docentes por relação ao ano anterior⁷²². Em relação ao ano seguinte (1988), verificou-se um aumento de 34 docentes⁷²³.

Em 1992, pelo Decreto Lei nº 166/92, os enfermeiros docentes integram a carreira docente do ensino superior politécnico.

A questão a colocar é de saber se o papel do professor de enfermagem antes é idêntico ao do actual professor ou não? Ou antes, quem são os professores de enfermagem actualmente?

Os professores de enfermagem actualmente são licenciados em enfermagem (através de um processo de equiparação que considerou a formação literária, académica e a experiência profissional); desenvolveram o conhecimento experiencial da orientação e da formação teórica e orientação no trabalho e, para além desse conhecimento desenvolveram o conhecimento baseado na formação escolarizada, por meio da qual atingiram os diferentes níveis de formação. Após a integração do ensino de enfermagem no ensino superior, atingiram a possibilidade da obtenção do grau de mestre, tendo-se valorizado os estudos desenvolvidos por enfermeiros ao nível dos professores de enfermagem, questionando a formação teórica e a formação teórico-prática.

Na actualidade, o professor de enfermagem é alguém que se responsabiliza, tal como anteriormente, pela formação teórica no que respeita à enfermagem e alguns conteúdos complementares à disciplina nuclear, mantendo a responsabilidade da coordenação de todas as outras áreas disciplinares complementares à enfermagem, na formação teórica. Na formação clínica, um professor de enfermagem dada a sua delimitação de funções, tem-se direccionado mais para o desenvolvimento do conhecimento abstracto, questionando-se numa certa época a quem caberia a responsabilidade da orientação dos estudantes em ensino clínico.

⁷²² Documento em papel timbrado do INSA.DEE. Dados estatísticos sobre as escolas de enfermagem, relativos ao ano de 1988, (p.4).

⁷²³ Dados estatísticos das Escolas de Enfermagem referentes a 1988, (p.9).

Mas esta lógica era já preconizada em 1985, quando Santos Carmo referia que os professores de enfermagem começavam a preocupar-se com a fundamentação dos cuidados que ensinavam⁷²⁴. Considerava ainda que uma das dificuldades actuais dos enfermeiros docentes poder-se-ia explicar pelas diferenças de níveis de formação e pela inadequação entre a sua própria formação e os objectivos de formação pela qual são responsáveis. As competências pedagógicas são indispensáveis desde que não seja esquecido que um enfermeiro docente é enfermeiro e que o objectivo primordial da sua função é, tal como para os outros enfermeiros, também a qualidade dos cuidados de enfermagem. Consequentemente parece fundamental que os enfermeiros docentes não percam o contacto com os serviços de saúde para actualizarem os seus conhecimentos e a sua prática, através do contacto com os utentes e com o meio profissional sem ser apenas em situação de estágio com os alunos e, que os enfermeiros exercendo prestação directa dos cuidados tenham um papel de complementaridade na formação, nomeadamente na «integração na vida profissional» dos alunos recém-formados⁷²⁵. Já nesta data se lançavam os fundamentos da cooperação interorganizacional.

Este estado de coisas tornava cada vez mais essencial que os docentes de enfermagem adquirissem a formação (ou a sua equivalência) e os mesmos graus académicos requeridos aos docentes dos cursos de igual nível, sendo importante considerar para esta integração dos docentes na carreira e na filosofia do ensino superior politécnico, de acordo com o artigo 11º, do Decreto Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro, a definição das condições que regem o exercício profissional dos docentes, condições de transição para a nova carreira, mas garantindo a criação de condições para a qualificação do pessoal docente para o desempenho das suas funções específicas, prosseguimento de estudos a nível de mestrados e doutoramentos em enfermagem, bem como a formação complementar aos que dela necessitarem.

Todos aqueles que estavam à época da integração a desempenhar cargos docentes possuíam as condições essenciais básicas e uma longa e útil experiência que foi necessário acarinhar e utilizar. Qualquer docente actual pode e deve transmitir aos alunos do curso superior de enfermagem a sua vasta experiência, sem que as habilitações académicas exigidas a um docente deste nível estejam preenchidas. Foi estabelecido um prazo de 5 anos em que poderiam realizar a formação complementar adequada⁷²⁶.

A década de 90, traz um novo fôlego ao desenvolvimento e à qualificação dos professores de enfermagem, essencialmente porque ao serem equiparados a outros docentes do ensino superior, com a equivalência ao grau académico de licenciado de acordo com as condições legalmente determinadas (Artigo 11º do Decreto Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro) e a

⁷²⁴ II Congresso Nacional de Enfermagem (Coimbra, 5 a 10 de Abril de 1981), Livro de Actas. (p.163)

⁷²⁵ Santos, Maria Teresa Silva, (cf.p.13).

⁷²⁶ Bessa, Maria Aurora, (cf. p.34).

transição para a carreira docente do ensino superior politécnico, consignado no artigo 8º do Decreto Lei nº 166/92 de 5.8.1992, nas categorias previstas neste nível de ensino: Professores Adjuntos e Professores Coordenadores, sendo que os docentes cuja equiparação seja a Assistente (1º ou 2º Triénio), não integrarão de imediato a carreira, dispondo de um período de 6 anos, para adquirir a formação necessária (mestrado) para serem promovidos a Professor Adjunto.

Antes da integração no sistema educativo nacional, não era exigida formação de nível superior aos enfermeiros docentes. A partir da integração, surge esta necessidade, levando os docentes a frequentar cursos a nível de licenciaturas, de mestrados e doutoramentos, em diferentes áreas científicas, conforme analisado a propósito da investigação realizada.

Este contexto «transporta» os docentes do seu espaço habitual de trabalho – a escola, o hospital e o centro de saúde, levando-o ao contacto com outras áreas do saber, novas correntes de pensamento que lhes permitem produzir uma reflexão e um questionamento dos seus saberes, na perspectiva da fonte e do uso de conhecimento.

De acordo com os dados coligidos no Plano Estratégico para a Formação das áreas da Saúde, e conforme análise aquando da evolução do número de estudantes em capítulo próprio, a verificar-se o crescimento das vagas de acesso para as cerca de 3000 propostas, a necessidade de docentes é também maior. É neste sentido que no quadro seguinte se ilustra a previsão do número de docentes (ensino público), até ao ano lectivo 2005/2006.

Quadro nº 20 - Previsão das necessidades de docentes de enfermagem – Ensino Público

Escolas	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006
Norte	224	283	315	355	385	400
Centro	282	312	341	386	418	467
Sul	259	338	435	484	539	615
Regiões Autónomas	54	79	91	109	123	140
TOTAL	819	1012	1182	1334	1465	1622

Fonte: Plano Estratégico para a formação nas áreas da saúde, p.47

Síntese da Parte IV – Enfermeiros em Portugal. A identidade profissional

À semelhança das sínteses anteriores, procura relevar-se os aspectos essenciais para a compreensão das transições ocorridas no período em estudo. Consideram-se como variáveis organizadoras, os diferentes actores intervenientes na dinâmica sócio-profissional, através

de categorias emergentes da evidência dos dados analisados: as condições de admissão; o género, os níveis de formação; o estatuto dos alunos e o défice de profissionais. Apontam-se também os principais aspectos que caracterizaram a evolução do pessoal de enfermagem aos profissionais de enfermagem, bem como o percurso de monitor a professor de enfermagem, numa perspectiva de processo de profissionalização e construção das identidades sócio profissionais.

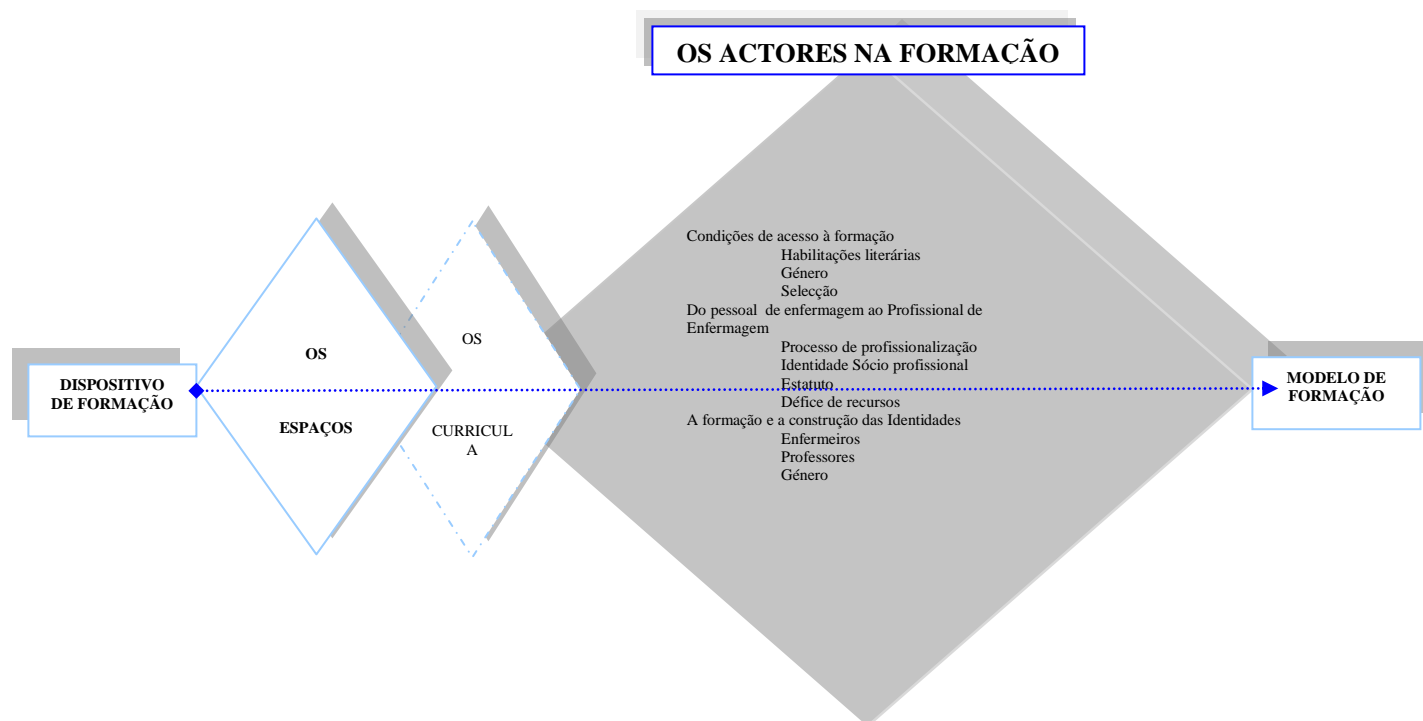


Figura nº 6 – Esquema das dimensões e tópicos no domínio «Os Actores da formação », no período entre 1952 e 2003

Evolução das condições de admissão aos cursos de enfermagem

- A Reforma de 1952 deu continuidade às condições de admissão e duração para o Curso Auxiliar de Enfermagem, e inovou no Curso de Enfermagem Geral fixando a duração em três anos e o primeiro ciclo como habilitações literárias.
- Nesta reforma identificava-se a necessidade de melhorar as condições de admissão dos alunos, procurando esbater as diferenças entre a Escola Técnica de Enfermeiras e as Escolas de Enfermagem dependentes do Ministério do Interior.
- As condições de admissão, consideradas como factores no âmbito da oferta e da procura criavam ambivalência: uns defendiam a manutenção das habilitações para aumentar a procura; outros preconizavam o aumento das mesmas no sentido de uma maior procura. Que benefícios advinham para o desenvolvimento da enfermagem? Estaria na base do retraimento, o aumento da exigência para o 2º ciclo?

- Associar à procura, exclusivamente as habilitações literárias, era incorrecto pois existiram outros factores na década de 70, que foram determinantes: os acontecimentos sócio-políticos desencadeados em 1974 e desenvolvidos nos anos seguintes; o fim da guerra colonial que fez regressar à vida civil milhares de jovens em busca de ocupação; o regresso de antigos colonos e respectivas famílias e uma curta diminuição do fluxo migratório causado pela crise económica que a Europa atravessou.
- Na década de 70, as habilitações literárias eram consideradas como um dos indicadores mais importantes para o desenvolvimento da enfermagem, passando no final da década, a ser o 2º ano do curso complementar.
- As repercussões desta medida ocorreram tanto na formação inicial como na pós-básica. Nos anos 1977 e 1978 verificou-se um aumento da procura, com diminuição em 1979 e novamente aumento em 80, sendo que a percentagem média de admitidos foi apenas de 22,7% dos inscritos.
- É importante associar a discussão sobre quais as habilitações literárias ao factor sócio – económico, pela relação entre o investimento na formação e o resultado da mesma, considerando a orientação vocacional, que se associava ao insucesso escolar e profissional, pelo que foi desenvolvido um estudo no âmbito da predição do sucesso escolar, para além da importância que tinha para a selecção.
- No final da década de 70, inicia-se a selecção através de novos métodos preditivos – DICOVE - com função também de orientação profissional, na medida em que a orientação profissional tinha repercussões na própria profissão. A partir da integração no ensino superior, o ingresso passa a ser regulado pelo *numerus clausus*.
- O *numerus clausus* introduz um grau de incerteza na selecção, confrontando-se os candidatos com a possibilidade de exclusão do sistema ou de ingresso em instituições e cursos não desejados, designado por Grácio, por procura desencantada.
- Na década de 80, o número de diplomados manteve-se idêntico aos da década anterior, com aumento em 1994 / 1995, fruto da duplicação das admissões.

Do pessoal de enfermagem ao profissional de enfermagem

Estatuto do aluno

- Na década de 50, eram consideradas importantes as seguintes capacidades nas alunas: nível intelectual, educabilidade quer em relação ao ensino quer em relação ao exercício; ser capaz de analisar qualquer situação de enfermagem e aplicar-lhe o princípio adequado; possuir capacidade de observação e de raciocínio inteligentes.
- Nesta década o aluno era considerado como força de trabalho, nos dois níveis de formação: Curso de Enfermagem Geral e Curso de Auxiliares de Enfermagem.

- Nas décadas de 50 e 60 (até 1965) o aluno era considerado como força de trabalho sendo este subsidiado mediante uma bolsa, com alojamento e alimentação.
- Na reforma de 1965, inovou-se pela definição de objectivos pedagógicos, revelando maior preocupação com o estatuto do aluno – considerando-se este como aprendiz. Os alunos aproximam-se dos alunos do nível técnico de formação.
- Na década de 70, é criado o Instituto de Acção Social Escolar, mas em que o aluno de enfermagem fica à margem pela não integração no Sistema Educativo Nacional.
- A partir da Revolução de Abril de 1974, a democratização das Escolas de Enfermagem conduz a novas dinâmicas de funcionamento, valorizando-se essencialmente a participação do estudante como ser em projecto.
- Com a reforma de 1976, o estatuto muda de aluno para estudante (aquele que estuda), considerando-se como projecto em construção, influenciado pelos princípios pedagógicos da filosofia educativa da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem.
- Começa a desenvolver-se a preocupação com a articulação teórico-prática, procurando-se a coordenação entre o que os serviços esperavam dos recém-formados (bons técnicos) e o que se ensinava nas Escolas (era esse um dos objectivos principais do plano de estudos).
- No final da década de 80, o modelo de formação preconiza a formação centrada no desenvolvimento do potencial individual, contribuindo para o seu crescimento pessoal e profissional.
- Com a integração plena e sob a tutela única do Ministério da Ciência e Ensino Superior, os estudantes de enfermagem adquirem estatuto igual aos dos outros estudantes do ensino superior.

O género dos alunos

- A questão do género nos acessos e percursos da formação de enfermeiros, assume importância na medida em que ajude a compreender as questões da identidade profissional, pois a construção identitária não ocorre apenas devido à pertença do indivíduo a um grupo. É a trajectória e o percurso de vida de um indivíduo que permite moldar a sua identidade.
- Na década de 40, existiam formas heterogéneas de se «ser» enfermeiro, o que dificultou o início da construção de um grupo profissional. Mas no final da década de 40, ter-se-á iniciado o processo de profissionalização, pela abolição da possibilidade de se ser enfermeiro sem diploma. Desde o final da década de 50, que se desenha a construção de um grupo profissional, sempre na presença de dois níveis da formação.
- A feminização da profissão, tem sido considerado como factor inibitório do desenvolvimento da mesma e da disciplina de enfermagem, na medida em que permitia aos médicos manter e usar o poder de dominação (Tese Androcêntrica). Esta situação era

perpetuada na década de 50 e 60, pela restrição à admissão de indivíduos do sexo masculino (apenas 10%).

- Tornava-se necessário melhorar a formação / preparação do pessoal de enfermagem, por forma a que respondesse melhor à evolução da medicina, estabelecendo-se no entanto a diferença entre Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem, cabendo aos primeiros orientar os segundos.

- Entre 1950 e 1974, a dinâmica sócio-profissional foi ditada pela existência de dois níveis de formação. Esta dinâmica era influenciada pelo género, onde os contextos de doença e o sexo dos doentes, definia os locais de aprendizagem.

- O plano de estudos de 1965, definiu claramente as funções dos profissionais de enfermagem: Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. O Curso de Auxiliares de Enfermagem é aumentado de 6 meses, aproximando-se do Curso de Enfermagem Geral no que concerne à abordagem dos conteúdos e profundidade dos mesmos.

- Na década de 60, a dinâmica evolui a partir da abertura da sociedade e da assumpção da responsabilidade do ensino de enfermagem pelos enfermeiros. Nesta década existem algumas manifestações de associativismo dos enfermeiros, contando no entanto com uma situação política e social inibitória.

- Iniciou-se nesta década, um movimento que viria a ser conhecido pelo Movimento dos Auxiliares de Enfermagem, suportado pelo facto da maioria do grupo profissional em construção (Pessoal de Enfermagem) ser constituído por Auxiliares de Enfermagem numa proporção de 5 para 1 Enfermeiro, sendo na maioria os primeiros quem na realidade prestava cuidados de enfermagem.

- A Revolução de Abril, introduz novos dados no processo de profissionalização, enfatizando a dialéctica formação trabalho, pela dinâmica sócio-profissional que desenvolve uma noção diferente de cooperação interorganizacional, decorrente da «separação» efectiva das escolas dos hospitais.

- Nesta década, a Enfermagem consolidou instrumentos essenciais à construção do grupo profissional e da sua autonomia de que se relevam: um só nível de formação básica para a prestação de cuidados gerais; o assumir conceitos unificadores sobre o sujeito de cuidados (a pessoa e não a doença), os cuidados de enfermagem como um todo (Técnico-relacionais) e a concepção dos cuidados de enfermagem básicos, ser desenvolvida e executada pelos próprios enfermeiros.

- Em 1971, associado à reforma da carreira, dá-se uma melhoria de vencimentos.

- Nesta década, os indicadores de saúde começam a ser «olhados» numa perspectiva de «transição epidemiológica» decorrente das alterações na política de saúde tendo sido criados os Centros de Saúde de 1ª geração.

- Em 1972, em simultâneo com a alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional, é criado o Curso de Promoção dos Auxiliares de Enfermagem, com a duração lectiva de 21 meses a tempo completo.
- No 1º Congresso Nacional de Enfermagem em 1973, organizado pela Federação dos Sindicatos Nacionais de Enfermagem, pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e pela Associação Católica dos Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde, manifestando-se pela integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional.
- Neste 1º Congresso existia a consciência da necessidade de mudança, pela reorganização dos serviços de saúde, criando melhores condições de prestação de cuidados, eliminando a descoordenação que agravava a correcta utilização dos escassos recursos de pessoal de enfermagem, no país. Tornava-se também importante incentivar a formação de líderes e enfermeiros especialistas ou peritos de que dependeria o progresso da profissão.
- Após a Revolução de Abril, no processo de profissionalização e autonomização, são reivindicadas melhores condições de trabalho, para melhores cuidados e melhores salários; a partir da reivindicação de um único nível de formação. A grande maioria dos diplomados serem Auxiliares de Enfermagem, ter-se-á constituído como constrangimento ao processo de profissionalização e de autonomização.
- O afastamento dos Enfermeiros da prática dos cuidados ocorreu essencialmente pelo desenvolvimento das tarefas de administração e organização dos serviços pela via do conhecimento que possuíam e que os aproximava dos poderes institucionais – administrativo e médico. Desde a década de 60 que reconhecidamente eram os Auxiliares de Enfermagem quem prestava os cuidados, o que os colocava próximo dos doentes possuindo a informação que abria o canal directo no relacionamento com os médicos.
- Em 1974 é extinto o Curso de Auxiliares de Enfermagem, com implicações na dinâmica sócio-profissional da acção quotidiana.
- Em 1975 pela Portaria 107/75, é criado o novo curso de promoção, com a duração de 8 meses em média, para os enfermeiros de 3ª classe. Decorria nos Centros de Formação, que funcionavam em Escolas, Hospitais e Centros de Saúde. O Sindicato Nacional dos Enfermeiros Diplomados opôs-se a esta estratégia de unificação do nível de formação, sem a conseguir inibir.
- O reforço da legitimidade da formação desenvolvida nos Centros de Formação, era feito por aqueles que procuravam evitar que o processo de integração no Ensino Superior Politécnico fosse posto em causa, se se considerasse que um grupo profissional fraco e dividido não facilitaria este processo, o que pode facto ter acontecido.
- As razões apontadas para a organização do Curso de Promoção de oito meses eram: os Auxiliares de Enfermagem já possuíam um Curso de Auxiliar de Enfermagem com a duração de 18 meses; possuíam a experiência profissional centrada na prestação de

cuidados às pessoas, que deveria ser promovida e valorizada; na prática, prestavam cuidados gerais sem supervisão, desempenhando as funções dos enfermeiros, que entretanto iam assumindo a gestão dos cuidados e dos serviços. Os conflitos emergiam, por uma deficiente centralidade no cliente, sendo os objectivos definidos em função da organização do trabalho.

- No final da década de 70 ocorre a discussão de um estatuto profissional, como dimensão intrínseca à afirmação socio-profissional (discutido no 2º Congresso de Enfermagem-81). Em 1976, após a unificação da formação em enfermagem ao nível de base com a extinção do CAE, a dinâmica passou a desenvolver-se em torno da construção do espaço, do modo e do conteúdo para que ocorresse o reconhecimento da centralidade da Enfermagem nos cuidados de saúde.

- Nas décadas de 70 e 80 as expectativas em relação aos diplomados, iam no sentido de que inovassem e mudassem o percurso de construção do processo identitário.

- Na década de 80 (1981 e 1985) a carreira de enfermagem desenvolve a interface entre as diferentes áreas de actuação (prestação e gestão de cuidados e docência), iniciando-se um período não meritocrático para os docentes de enfermagem.

- Na década de 80, a integração no ensino superior promove a construção dos processos identitários dos docentes, pelas seguintes etapas: processo de construção curricular a nível do ensino superior; processo de integração dos professores de enfermagem na carreira do ensino superior politécnico, atribuição de equivalências aos graus académico aos enfermeiros, considerada a formação e a experiência profissional de cada um, até à licenciatura de base, em ciclo único, só possível por alteração da Lei de Bases do Sistema educativo (Lei nº 115 de 19 de Setembro de 1997).

- Este também não foi um processo pacífico na medida em que o Decreto Lei nº 480 de 23 de Dezembro de 1988, introduziu ambiguidades dando origem à discriminação entre os profissionais de enfermagem. O maior benefício decorrente desta legislação foi no sentido da progressão na construção do grupo profissional, para quem se pretendia reconhecimento social, pelo processo de equivalência para os actuais enfermeiros e com o início do Curso Superior de Enfermagem, para os futuros enfermeiros.

Défice de profissionais

- Interessa essencialmente compreender até que ponto o défice de profissionais e a existência de dois níveis de formação e diferentes saberes, influenciaram o desenvolvimento do modelo de formação em enfermagem.

- Em todo o período em estudo, o défice de profissionais de enfermagem foi uma constante.

- Em 1947, a propósito da organização do ensino e do exercício de enfermagem, o Estado procurou responder a um aumento da procura com as consequentes implicações

económicas, que forçaram á criação do Curso de Auxiliares de Enfermagem, á semelhança do que acontecia noutros países. Nenhum país tinha como política custear a preparação de enfermeiras altamente qualificadas, imprescindíveis nos serviços de saúde, para depois as empregar em trabalhos rotineiros, que se mantinham na década de 50 pela orientação biomédica e a sub-divisão do trabalho médico, com ênfase numa perspectiva assistencial.

- Como era definido o ratio? Era sempre por referência ao estrangeiro, primeiro os EUA e depois a OMS.

- Colocava-se também a questão da distribuição geográfica. Associando o défice de recursos nas décadas de 50, 60 e 70, que levou ao Curso de Auxiliares de Enfermagem, a dinâmica não podia ser vista só nesta perspectiva de défice, mas também na lógica da distribuição geográfica dos profissionais, relacionando-se também com o aumento dos equipamentos de saúde; com o aumento da capacidade de resposta às necessidades de saúde e pelo esforço de aumento da formação, alargando a base de recrutamento para melhorar a selecção.

- Nas décadas de 70, 80 e 90, mantém-se um défice generalizado de enfermeiros, mantendo-se a questão da distribuição geográfica.

- A análise dos dados disponíveis permitem identificar a dificuldade da rede de escolas em responder às necessidades formativas, embora tenha acontecido sempre que solicitado.

- O paradigma biomédico tem suportado a identificação das necessidades de enfermeiros, não considerando qualquer indicador que valorize as necessidades reais de saúde das populações, desvalorizando desta forma o suporte teórico da componente académica da disciplina de enfermagem. Enquanto se mantiver este paradigma, a enfermagem não conseguirá demonstrar a sua existência como disciplina e como profissão autónoma, tomando parte nas decisões em saúde.

- Na década de 90, faz-se referência a dois estudos que procuraram iniciar a identificação das necessidades em recursos de enfermagem, para além da lógica biomédica – Carapinheiro e Lopes, na perspectiva dos profissionais e Basto et al na perspectiva dos clientes, essencialmente pela identificação dos benefícios da intervenção dos enfermeiros na educação para a saúde.

- Na actualidade, mantém-se a situação de mais de 50% dos enfermeiros existentes trabalharem nos Distritos de Lisboa, Porto e Coimbra, onde se encontram sediados grandes unidades hospitalares. Só em Lisboa estão concentrados 1/3 dos enfermeiros existentes.

- As estimativas já consideram as necessidades adicionais que resultam de novos projectos interministeriais Saúde / Educação / Solidariedade / Juventude, destinados a sustentar iniciativas tais como: cuidados continuados; unidades de apoio a idosos; programas de saúde escolar; programas de prevenção e tratamento da toxicodependência, o que permite identificar a necessidade de um maior número de profissionais de enfermagem.

Docentes de Enfermagem

- Na década de 50 pela necessidade urgente de preparar melhores profissionais, surgem os primeiros monitores que tinham diferentes categorias: os que abordavam as técnicas de enfermagem, os que orientavam nos estágios, que podiam coincidir e as monitoras chefes que coordenavam os cursos e participavam na gestão das escolas. Nesta década possuíam um estatuto privilegiado.
- O ensino prático passou a ser muito valorizado e no ensino teórico, as técnicas de enfermagem eram abordadas ainda sem a preocupação de fundamentação teórica das mesmas.
- À medida que a qualificação foi evoluindo e, por via da introdução de novos conhecimentos e métodos inovadores, se por um lado criavam um espaço de afirmação dos enfermeiros monitores, por outro lado faziam surgir conflitos essencialmente provocados pelo questionamento da realidade da prática dos cuidados.
- A questão que se coloca é saber quem tem sido o professor de enfermagem, que terá tido origem nos Monitores.
- Com a reforma de 1965, o perfil do enfermeiro «docente» era definido da seguinte forma: os monitores devem possuir uma habilitação de base de nível superior à dos alunos; a preparação profissional superior à do curso que leccionam e uma experiência qualificada em enfermagem; possuir a especialidade referente à matéria que ensina.
- No que concerne aos enfermeiros docentes, na década de 40 pela ETE, iniciou-se a formação de enfermeiros no estrangeiro, continuada na década de 60, em relação às Escolas dependentes do Ministério da Saúde.
- Nas décadas de 70 e 80 o estatuto dos docentes de enfermagem é desvalorizado. Um dos factores terá sido a carreira de enfermagem (na década de 80) que se desenvolveu na interface entre as diferentes áreas de actuação, iniciando-se um período não meritocrático para os docentes, e simultaneamente de muitas dificuldades na selecção e recrutamento dos mesmos, relacionando-se com o baixo estatuto de reconhecimento social aos mesmos.
- A situação era problemática por se considerar que se degradavam as condições de trabalho dos enfermeiros docentes e corria-se o risco de comprometer a própria formação dos enfermeiros com vista ao futuro, se a curto prazo não fossem tomadas medidas que pusessem fim a tal situação.
- Actualmente os professores de enfermagem são licenciados em enfermagem e desenvolveram conhecimento experiencial de orientação e da formação teórica, suportada no desenvolvimento do conhecimento a partir da formação académica ao nível de mestrados e doutoramentos. O desenvolvimento de competências pedagógicas, foi sempre uma constante na formação dos docentes por serem consideradas indispensáveis.

- O Relatório prospectivo – Plano estratégico para a formação em saúde, permite fazer o ponto de situação em relação às necessidades de formação, relacionando com a capacidade formativa das escolas e com a qualificação dos professores.

A formação e a construção das identidades

- Na década de 50 entendia-se a identidade sexuada pela actividade desenvolvida, na medida em que sendo o foco de atenção a doença, as alunas não estagiavam em serviços de «doenças de homens» e os alunos não estagiavam em serviços de «doenças de mulheres e de crianças». A feminização é mais evidente actualmente, dados comparativos entre 1974 e 1995, apontam para uma feminização da profissão com um aumento de 63,6% para 81,8%, muito semelhantes aos de 2003. Em termos de identidade sócio-profissional o género foi importante para promover a relação de subordinação.

- Na década de 60 a identificação da enfermagem com o género feminino era associada ao facto de, pela via dos saberes e dos poderes, ser mais fácil manter a relação de subordinação às estruturas de poder na saúde, quando a explicação para o facto dos homens serem indesejados na enfermagem, era alimentada pelo mito da enfermagem ser uma profissão essencialmente feminina e os lugares de topo da hierarquia profissional terem sido, na quase totalidade, ocupados por enfermeiras.

- A abordagem funcionalista para a análise da profissão de enfermagem, permitiu identificar as funções inerentes aos enfermeiros a partir da prestação de cuidados, caracterizando-se estas na década de 70 como independentes e dependentes.

- No final da década de 80, o modelo de formação evoluiu para a preparação de um profissional mais reflexivo, característica que continuou a ser assumida no final da década de 90.

- Assiste-se à transição de uma orientação pela racionalidade técnica para uma orientação para o cuidar curar, com definição de um perfil de competências do enfermeiro generalista e de especialista (em definição)

- No final da década de 80, a autonomia é estudada a partir da reconfiguração profissional da enfermagem, que permite também melhorar a produção das identidades profissionais, atendendo a que não existe uma só. A análise do processo de profissionalização, tem sido feito essencialmente a partir das teorias funcionalistas -. Estudo de Mário Sarmiento Rebelo – embora identificando já a importância da Interação. A insuficiência das abordagens funcionalistas, levou à introdução da perspectiva interaccionista, inerente aos saberes relacionais do cuidar num processo de cuidados onde a pessoa, saudável ou doente, passa a ser o centro.

- Na actualidade o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, caracteriza-se por um exercício profissional inserido num contexto de actuação multiprofissional,

distinguindo-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos de saúde (intervenções interdisciplinares – por exemplo a terapêutica medicamentosa) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenção autónoma – por exemplo educar para estilos de vida saudáveis).

- A perspectiva interaccionista, permite compreender o trabalho técnico – intelectual que atribui aos saberes uma componente justificativo interpretativa e formalmente enquadrada pela permanente avaliação e interpretação do que o enfermeiro faz, pelo reajustamento à particularidade e singularidade do sujeito de cuidar. Favorece também uma relação interprofissional que ajude a construir uma linguagem de cuidar curar que não oponha a saúde e a doença, a pessoa e o doente, valorizando os saberes que o enfermeiro contextualiza em acção.

- A especialização (em 1985, apresentados novos planos de estudo dos cursos de especialização, em 1994 – Curso de Estudos Superiores Especializados) assumiu uma dimensão importante na interdisciplinaridade em saúde, através de enfermeiros especialistas melhor formados para responderem às necessidades cada vez mais complexas no campo da saúde; para participarem na definição de políticas de saúde, programação e avaliação das actividades dos serviços de saúde; participar na avaliação das necessidades da população em cuidados de enfermagem; participar em grupos de trabalho para a criação de unidades de saúde; realizar estudos de investigação que visassem elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem e participar em estudos relacionados com o estatuto e as carreiras de enfermagem.

- Em 1996, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, enquanto instrumento define as funções autónomas e interdependentes, caracterizando-as essencialmente a partir do processo de cuidados em que o cuidado à pessoa como centro de interesse é promotor da uma identidade sócio profissional dos enfermeiros.

- Permanece ainda a dificuldade que os enfermeiros têm em clarificar o que é o cuidado de enfermagem, sendo necessário apostar cada vez mais na orientação para o cuidar – curar, para a construção das identidades.

- A década de 90, foi de sedimentação, consolidação e consciencialização da disciplina que se desenvolve ao nível do ensino superior (autonomia) e de um grupo profissional em processo de autonomização, com reconhecimento social (CNP – 1994).

- A qualificação obtida pelos docentes de enfermagem ao nível dos mestrados e doutoramentos, foi essencial para a integração destes na carreira do Ensino Superior Politécnico.

- Actualmente o estudo das identidades centra-se no carácter eminentemente relacional quanto à natureza das mesmas, tornando-se essencial clarificar a especificidade da intervenção dos enfermeiros na participação da construção e desenvolvimento da saúde das

pessoas, dos grupos e da Sociedade, sendo exemplo a investigação desenvolvida por Abel Paiva, já referenciada nesta tese.

PARTE V – A TRANSICIONALIDADE – UM MODELO INTERPRETATIVO DO OBJECTO

CAPÍTULO 1 – O MODELO TRANSICIONAL

Com o esquema analítico apresentado na página 77 deste estudo, pretendeu-se orientar a análise dos dados produzidos, numa lógica descritivo - analítica e compreensivista, procedendo à modelização dos princípios que permitam compreender o objecto de estudo: O(s) modelo(s) de formação em enfermagem na 2ª metade do século XX – a concepção e a utilização do conhecimento em enfermagem. A construção do modelo de análise que agora se apresenta, pretende assumir-se para além da interpretação do objecto em estudo, como um modelo que ao mobilizar dinâmicas inseparáveis, liga o sistema sobre o qual incide a investigação aos processos subjacentes, e possui, potencialmente, implicações profundas para a reflexão acerca da produção de conhecimento⁷²⁷ (Cf., Taylor, p.533).

Com a perspectiva heurística, procurou-se a construção de um quadro de noções, numa lógica que permitiu uma percepção ordenada do mundo empírico e serviu como esquema de orientação, bem como para a construção de teoria e investigações posteriores. Suportou-se igualmente na proposta de definição accionalista de modelo (Boudon) que considera que construir um modelo é introduzir determinadas condições afectando de maneira mais ou menos próxima ou distante a estrutura actual das situações, nas quais se posicionam os agentes (sendo as dimensões a analisar respeitantes a conjuntos sociais e não ao nível dos indivíduos) e analisar a partir daí a reorientação da suas condutas.

Outra vantagem da noção de modelo que se procura mobilizar, reside no facto deste admitir a acção de estruturas sociais sobre outras estruturas sociais, quando distingue entre a estrutura de situação e as correlativas posições e acções dos agentes, respeitantes ao universo em análise e, as estruturas susceptíveis de influir sobre as primeiras.

O modelo analítico insere-se numa ordem do social mais vasto, na transição da modernidade para a pós – modernidade, suportado em Boaventura Sousa Santos (2003) quando refere que o paradigma disjuntivo tem perpetuado o paradigma da modernidade, numa transição que neste estudo se caracteriza por desocultar o que ocorreu na

⁷²⁷ Taylor, Peter (2003). A reconstrução da complexidade ecológica sem regras: ciência, interpretação e prática reflexiva crítica, In: Santos, Boaventura Sousa (Org.). Conhecimento prudente para uma vida decente. Um discurso sobre as ciências revisitado, Coimbra, Edições Afrontamento

temporalidade dos factos, do pólo objectivo do contínuo «dispositivo de formação», orientado pela dualidade / orientação biomédica, ao pólo subjectivo do mesmo contínuo «modelo de formação», que se associa ao pensamento complexo e da produção de novas competências. Mobilizou-se em simultâneo a perspectiva da sociologia das ausências (Cf. Sousa Santos, p.743, 2003), em que se procurou analisar a evolução do processo de autonomização da enfermagem, para além da medicina, mas antes como uma profissão que conseguiu um estatuto de maioridade no campo de intervenção em saúde, em que a evolução da formação de nível médio à margem do Sistema Educativo Nacional (ensino técnico) para o nível superior (ensino politécnico) proporcionou às Escolas de Enfermagem e aos respectivos professores, acompanharem esta transição, pelo desenvolvimento de um esforço assinalável com investimento na formação pós-graduada que permitiu uma dinâmica potencializadora da problematização dos fenómenos da saúde, da formação e das organizações.

Enquanto disciplina, o desenvolvimento acentuado da mesma tem dado consistência ao corpo de conhecimentos próprios da profissão, considera-se a fase de desenvolvimento científico em que a mesma se encontra, considerando ainda a influência que a orientação biomédica tem exercido como efeito perverso na transição de um paradigma da categorização para os paradigmas da integração e da transformação, sem no entanto, desvalorizar os enormes e inegáveis efeitos positivos da evolução tecnológica na área da saúde, para a sociedade.

Procurou-se assim a construção de um modelo que permita interpretar o objecto, neste caso o modelo de formação (Figura 6), que se estrutura numa lógica de transição entre o objectivo e o subjectivo, na dialéctica entre a formação e o trabalho, que se identifica em cada um dos domínios em estudo – os espaços de formação, os curricula/saberes e os actores da formação. O conceito de transição assume um estatuto importante, tal como foi definido na perspectiva de Meleis (1991), no que concerne ao conhecimento teórico em enfermagem, sendo utilizado noutras áreas do saber, entre as quais a sociologia e a psicanálise (Caraça, p.174, 2003; Santos, p.737, 2003; Cardoso, 2002, Plastino, p.411, 2003)

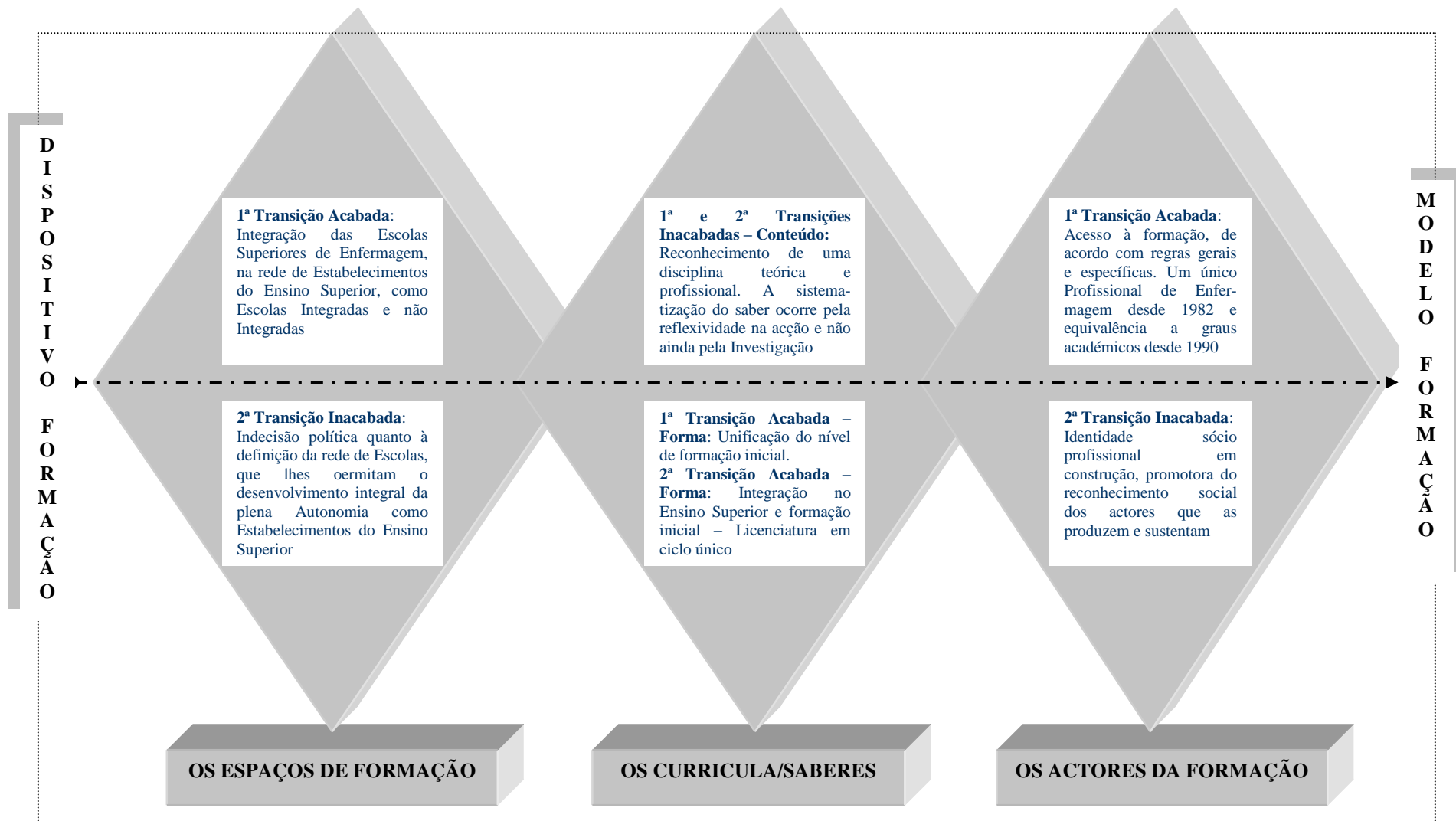
Quadro nº 21 - O Modelo Transicional⁷²⁸

<p><i>O objecto transicional – modelo(s) de formação</i></p> <p><i>TRANSICIONALIDADE – na perspectiva da Sociologia da Educação</i></p> <p><i>A transição ocorre no Modelo de formação entre uma orientação dualista /disjuntiva (paradigma da modernidade) para uma orientação pelo pensamento complexo (paradigma pós-moderno)</i></p>
<p><i>Espaços, Curricula/Saberes e Actores</i></p> <p><i>São os domínios que estruturam, neste estudo, a transição numa perspectiva de integração e não revolução, no que concerne à transição entre um DISPOSITIVO DE FORMAÇÃO e um MODELO DE FORMAÇÃO</i></p>
<p><i>A transição é mediada pela Sociologia do Currículo</i></p> <p><i>Nas dimensões CONTEÚDO (disciplina e conhecimento) e FORMA (morfologia)(Apple)</i></p> <p><i>A transição é mediada pela Sociologia dos grupos profissionais</i></p> <p><i>Nas dimensões PROCESSO PROFISSIONALIZAÇÃO (Dinâmica sócio-profissional e autonomia) e IDENTIDADE SÓCIO-PROFISSIONAL (género e processos identitários) (Dubar)</i></p> <p><i>A mediação considera de forma integrada as dimensões e os tópicos, inerentes aos domínios</i></p>

Nesta perspectiva emerge o conceito de **Transicionalidade** a explorar, conceito de raiz epistemológica da teoria psicanalítica (Winnicott, 1971), que valoriza as intersubjectividades inerentes ao carácter compreensivista do estudo e em que se mobilizam

⁷²⁸ Procura-se explicitar desta forma a importância da **abordagem transicional** no âmbito da Sociologia da Educação, tal como noutras áreas de especialização da sociologia (política, das políticas públicas) e mesmo doutras áreas do saber (economia, psicanálise, psicologia).

Figura 7 – Transições acabadas e inacabadas. Uma aplicação do Modelo Transicional



os pressupostos da abordagem transicional propostos por Rustow (1970) e mobilizados por Cardoso, numa perspectiva de sociologia política, sugerindo a existência de quatro fases na transição e que aqui se adoptam, para compreender o carácter transicional do objecto de estudo¹. Considerando a existência de transições que ocorreram no âmbito: dos espaços de formação; do currículo quanto ao conteúdo, que organiza o modelo de formação e quanto à forma, a evolução de uma orientação dualista/disjuntivo, para uma orientação de pensamento complexo na construção curricular e no âmbito dos actores da formação. Neste estudo o conceito de transicionalidade vai para além do conceito de transição na medida em que se reforça a dinâmica accionalista, suportada na riqueza das interacções ocorridas no contexto de trabalho/formação, onde os saberes são recontextualizados de acordo com as singularidades das situações-problema inerentes ao processo de cuidados de enfermagem. O Modelo Transicional permite interpretar o objecto de estudo pela sociologia do currículo (conteúdo e forma, de acordo com Apple) e a sociologia dos grupos profissionais (Processo de Profissionalização e Processo Identitário, de acordo com Dubar), mediados pelas estratégias identificadas ao longo do período em estudo e que se designam por: tradicionais; de inovação; da experiência e da competência.

Propõe-se nesta tese uma biografia partilhada da Enfermagem como disciplina e como profissão a partir de três períodos de análise - Pré-Nightingale; de Nightingale aos Anos 60 e dos Anos 60 à Actualidade - enfatizando-se nesta, o período final da 2ª fase (que corresponde à década de 50 do século XX) e toda a 3ª fase (que corresponde às restantes décadas). O Espaço Transicional em análise, caracteriza-se pela convivência de diferentes paradigmas (categorização, integração e transformação), que contribuem para a compreensão da evolução da disciplina nas duas componentes em análise: a académica e a profissional, suportando-se esta análise na proposta de Meleis (1991) quanto à evolução da disciplina e profissão nos Estados Unidos e na perspectiva de Meyer (1995), citado em Abreu (2001), que propõe 5 fases, situando-se este estudo nas 4ª e 5ª fases, designadas respectivamente por: Enfermagem científica e afirmação das teorias de Enfermagem.

Este não foi um processo linear, tendo ocorrido o que se pode designar por «transições sobrepostas» e inacabadas, compreensíveis pela caracterização das dimensões e tópicos, que em cada domínio se identificaram como constrangimentos ou facilitadores. Até meados dos anos 70 foram constrangimento: a manutenção do ensino à margem do sistema

¹ Cardoso “Inicialmente desenvolvida por Dankwart Rustow, a abordagem transicional admite quatro fases na transição para a democracia: a primeira, a da unidade nacional, corresponde à fase de estabelecimento de unidade nacional na qual se produz um consenso à volta da identidade política. A segunda fase é marcada por uma prolongada e inconclusiva luta política, por conflitos entre grupos opostos. A luta pode ser tão intensa a ponto de dismantlar a unidade nacional, ou um grupo pode tornar-se tão poderoso que esmaga a oposição e barra o caminho em direcção à democracia. A terceira fase corresponde à primeira transição ou fase de decisão, um momento histórico em que os partidos decidem adoptar compromissos e adoptar regras e normas democráticas, que a atribuem a cada alguma participação na vida política. A quarta fase é a da segunda transição ou de habituação”.

educativo nacional; a existência de dois níveis de formação; a heterogeneidade dos cursos (condições de admissão / níveis de saída); escolas como serviços dos hospitais até 1965 (...) de entre outros. Como facilitadores: a influência estrangeira na formação e organização dos serviços de saúde; o processo de autonomização do grupo profissional dos enfermeiros, a partir da unificação do nível de formação de base e a integração no sistema educativo nacional.

No que concerne ao domínio **Espaços de formação**, considera-se a existência de uma **1ª** Fase, coincidente com a Escola para Enfermeiros enquanto serviço do hospital até 1965, com autonomia técnica e administrativa, mas em tudo dependente do Hospital, sob tutela do Ministério do Interior (até 1958) e a partir desta data sob a tutela do Ministério da Saúde; **2ª** Fase, as Escolas iniciam um processo de autonomização, por iniciativa da Inspeção Técnica de Enfermagem (1961) e concretizada a partir de 1965, nomeadamente: com a criação da primeira Escola de Enfermagem independente dos hospitais – EEAE, com o início do alargamento da rede de escolas (1970 a 1975) e com a criação do Departamento de Ensino de Enfermagem (1974); **3ª** Fase, reconhecimento da capacidade das Escolas em serem convertidas em Escolas de Ensino Superior (1979); afastamento das escolas em relação aos contextos da prática, com produção da dicotomia teoria-prática; processo de integração das escolas na rede do ensino superior, concretizado em 1988 – **primeira transição**, considerado como um momento histórico. **4ª** Fase, amplo debate, consciencialização da integração das Escolas como estabelecimentos ou unidades orgânicas no subsistema do ensino superior politécnico, processo divergente, dificultado por indecisão política, inibindo a **segunda transição**, para Escolas capazes de desenvolver a integralidade das suas autonomias como estabelecimentos do ensino superior.

No domínio **construção do currículo/saberes**, quanto ao **conteúdo**, o currículo organiza-se essencialmente a partir de 1952, num «espaço potencial» de uma nova disciplina que começa a sua construção a partir das «técnicas de enfermagem». Este espaço tornou-se existente, a partir da construção da disciplina de enfermagem (passando a ser espaço transicional), mais próximo da pessoa sujeito de cuidados, que se encontra continuamente em transição (Meleis, 1991) entre situações de saúde e situações de doença, desenvolvimentistas e situacionais e, quanto à **forma**, na dinâmica transicional entre uma orientação dualista (biomédico) e uma orientação para o cuidar curar.

Podem caracterizar-se as diferentes fases transicionais, no que concerne ao domínio **currículo**, (saberes) quanto ao **conteúdo**: **1ª** em 1952, com a introdução dos conteúdos «técnicas de enfermagem»; **2ª** fase em 1964, reforma curricular em que uma disciplina de enfermagem (de orientação biomédica) passa a ser estruturante à formação, bem como as disciplinas biomédicas. As ciências sociais e humanas são integradas pela primeira vez (reforço dos princípios humanistas na formação dos enfermeiros); **3ª** fase em 1967 inicia-se

a Investigação após criação da EEAE. Em 1976, a Enfermagem é claramente considerada com bases teóricas – introdução dos modelos teóricos de enfermagem, como conteúdos; **4ª** fase: sistematização do conhecimento em enfermagem, a partir da reflexividade na acção (campo das práticas como campo de análise) investigação produzida no âmbito académico, a partir da entrada dos enfermeiros na Universidade. Quanto à **forma**: **1ª** fase em 1947, quando o Estado inicia a reorganização do ensino e do exercício de enfermagem, procurando consensos / manutenção do conflito; **2ª** fase agudização do conflito interno e externo ao grupo profissional em construção, que se situará entre a reforma de 52 e a reforma de 76; **3ª** fase com início em 1975, podendo considerar-se a **primeira transição** coincidente com a que se considera uma das decisões históricas – a unificação do nível de formação de base, com início do processo de integração no ensino superior; **4ª** fase consciencialização e sistematização do processo de autonomização e de construção do grupo profissional, conduzindo à **segunda transição** – integração no ensino superior (em 1988) e consequentemente o nível único de formação inicial – licenciatura (1999).

Quanto ao domínio **Actores de formação**, a existência de uma **1ª** fase, caracteriza-se pelo papel do Estado em organizar o exercício legal e o ensino dos profissionais de enfermagem, no que concerne às condições de acesso e aos percursos (entre 1947 e 1974 – existência de dois níveis de formação); **2ª** fase, os docentes de enfermagem passam a assumir a responsabilidade do ensino a partir de 1965 (docência da disciplina de enfermagem) e a partir de finais da década de 60 a Direcção das Escolas; as habilitações de entrada dos estudantes passa a ser idêntica às exigidas para outros cursos, no ensino superior; **3ª** fase, unificação do nível de formação, passando a ser possível existir um único profissional – enfermeiro, a partir de 1974, com a promoção dos enfermeiros de 3ª classe (antes – auxiliares de enfermagem), pode ser considerada a **primeira transição**, pelo carácter histórico que a decisão encerra. No que concerne aos enfermeiros em geral, a equivalência aos graus académicos possibilitando o prosseguimento de estudos (mestrados e doutoramentos) e aos professores de enfermagem, para além desta, a integração na carreira docente como professores do Ensino Superior Politécnico. **4ª** fase, consiste na consolidação e sedimentação da qualificação dos enfermeiros e dos professores de enfermagem. No entanto, não ocorreu ainda a designada **segunda transição**, sendo de considerar essencialmente as dificuldades inerentes à construção de uma identidade sócio-profissional promotora de um processo de autonomização com reconhecimento social dos actores que o produzem e sustentam.

CAPÍTULO 2 – AS PRINCIPAIS CONCLUSÕES

A fim de organizar as principais conclusões, consideram-se as questões de investigação, bem como a hipótese de trabalho. Para garantir a qualidade das mesmas, foi considerada a matriz proposta para a sistematização dos dados, quadro nº 3, suportando a reflexão teórica no modelo de análise antes explicitado, que se foi construindo a partir do esquema que se apresentou na página 77 e ao longo das sínteses efectuadas.

As conclusões, redigidas de acordo com a mobilização das dimensões e tópicos inerentes a cada domínio em estudo, organizam-se no texto, de acordo com as questões de investigação formuladas. A hipótese de trabalho permitirá a sistematização dessas mesmas conclusões.

Como ocorreu a evolução das «Escolas para Enfermeiros» às Escolas de Enfermagem, na construção das autonomias ?

O período sócio-histórico em análise caracterizou-se pela existência de estruturas e processos sociais no âmbito da formação dos profissionais de enfermagem, enquadrando factores sociais que interessa mobilizar de forma interdependente, para compreender o processo evolutivo definido por «dos espaços de formação de enfermeiros à escola de enfermagem».

No início da década de 50, os Hospitais constituíam-se na estrutura de prestação de cuidados, numa lógica assistencial tutelada pelo Ministério do Interior, mais concretamente pela Inspeção da Assistência Social, que tinha uma função fiscalizadora do normal funcionamento das instituições. As escolas entretanto criadas como serviços dos hospitais (por iniciativa do Estado, das Instituições Assistenciais e de âmbito religioso), na medida em que a eles estavam agregadas, eram reconhecidas como «instituições assistenciais» e não educativas, o que potenciava o afastamento do ensino de enfermagem do sistema educativo nacional, tornando as escolas dependentes do mesmo organismo central.

As transformações económicas e sociais ocorridas a partir da década de 50, traduziram-se no aumento da procura social do ensino e das aspirações sociais dos candidatos (Grácio 1986), não acontecendo o mesmo em relação à procura da enfermagem, essencialmente pelas más condições em que o exercício ocorria e, que era a face visível da profissão (Soares, 1997).

As condições do exercício eram tão más que por iniciativa do Estado, foram criadas as chamadas enfermarias escola, de que se identificaram efeitos benéficos para a aprendizagem dos alunos, pois possuíam melhores condições de aprendizagem, e efeitos perversos na medida em que eram utilizados como força de trabalho, o que limitava o

desenvolvimento de uma formação mais integral e mais integrada. Foram definitivamente eliminadas em 1964.

O Estado procurava garantir a qualidade do ensino e do pessoal de enfermagem, por forma a que, através da sua formação técnica pudessem responder à crescente complexidade dos serviços que lhes eram confiados pelos médicos, complexidade esta que advinha das transformações económicas e sociais. Ao tomar para si o poder de aferir a competência do pessoal de enfermagem, fiscalizar a categoria do pessoal docente, o valor dos programas e os resultados obtidos para assegurar a idoneidade moral dos candidatos a sua proficiência técnica, o Estado comportava-se como defensor e zelador do bem público. Nesta lógica, com a Reforma de 1952 a duração do Curso de Enfermagem Geral foi aumentada para três anos, mantendo-se a exigência nas habilitações literárias de acesso. O ensino dos Auxiliares de Enfermagem foi reforçado, no sentido de responder mais atempadamente às necessidades dos Hospitais (combate ao défice de recursos). Nesta Reforma foi legislada a autonomia técnica e administrativa, que viria a ser operacionalizada só em 1965.

O Estado assumiu neste período um papel reformista e regulador, constituindo grupos de estudo para mudar a situação, de que a primeira Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, criada em 1955, foi disso um exemplo. Coordenada pela Enf^a Maria da Graça Simeão (da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo), era tutelada pela Inspecção da Assistência Social, e de cuja acção resultou um primeiro Relatório sobre a Situação do Exercício e do Ensino da Enfermagem, a partir do qual se identificaram pela primeira vez os principais problemas da Enfermagem em Portugal.

Após a criação do Ministério da Saúde em 1958, foi criado o Conselho Técnico de Enfermagem na Direcção Geral dos Hospitais (1961), que deu origem à Inspecção Técnica dos Serviços de Enfermagem, organismo dirigido pela Enfermeira Maria Fernanda Resende, na sequência de amplo trabalho de discussão no âmbito do Conselho Coordenador do Ministério da Saúde, liderado por não enfermeiros, embora com a participação de três elementos do Sindicato dos Profissionais de Enfermagem e o trabalho conjunto com a Escola Técnica de Enfermeiras. O tipo de tutela hegemónica do Estado, pode ser entendida como uma estratégia para integrar as exigências económicas e do poder local e desta forma favorecer a sua intervenção através das Comissões de reforma que foram sendo constituídas e que produziram mudança e inovação neste domínio (Apple, 2001). Estas Comissões de Reforma constituíram-se como uma estratégia principal em que os Enfermeiros se mobilizaram no processo de profissionalização enquanto grupo, na medida em que desta forma foram ganhando espaço na influência para a tomada de decisão política na área da saúde e da educação.

Os Serviços Centrais a partir da sua criação (Inspecção Técnica dos Serviços de Enfermagem) desempenharam um papel de grande importância na construção da

capacidade das escolas em funcionarem como serviços independentes dos Hospitais, processo que culminaria com a autonomização das escolas, ocorrido de forma mais conseguida a partir da década de 70, embora se mantivessem como aparelho do Estado (Apple, 2001).

As condições sócio políticas do início da década de 60, com a importância atribuída à melhoria dos indicadores de saúde do país, permitiram desenvolver um estudo das necessidades de criação de novas Escolas de Enfermagem, a que se associa o facto de nesta década, os Hospitais terem adquirido uma nova dimensão e maior complexidade adveniente da evolução tecnológica e científica, que enfatizava o diagnóstico e o tratamento da doença, tornando-se assim o Hospital o local mais adequado para o desenvolvimento do paradigma da cura (Carapinheiro, 1989).

Em 1964, foi realizado um amplo inquérito às condições da organização e funcionamento das escolas de enfermagem, no sentido da tomada de decisão quanto à autonomia destas em relação aos Hospitais, bem como à caracterização das necessidades do país, em formação, decorrentes do desenvolvimento de uma política onde a saúde, era considerada para além da doença e não apenas como oposição a esta, com a promoção da pessoa como sujeito de cuidados.

Em meados da década de 60, as condições sociais e políticas, que conduziram à primavera marcelista, promoveram as condições ideais para as reformas na política de saúde, tendo ocorrido a «grande reforma» da enfermagem em 1964, associada à abertura da formação de enfermeiras no estrangeiro, o que conduziu à identificação mais clara da necessidade de aproximação do nível de ensino ao praticado no estrangeiro e concretamente a partir da disciplina de enfermagem construída pela investigação e como organizadora da formação (Donaldson e Crowley, 1978; Meleis, 1991).

A Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (EEAE) criada em 1967, com a missão de preparar líderes de enfermagem, para o exercício e para o ensino, é a primeira Escola criada fora do âmbito dos Hospitais, seguindo-se-lhe a Escola de Enfermagem de Saúde Pública, embora se mantivessem ambas sob a tutela do Ministério da Saúde. A EEAE era considerada de nível superior, pelo tipo de estrutura, organização e filosofia educativa em que se constituía a sua missão, desempenhando um papel muito importante na construção das respostas às necessidades de especialização inerentes ao desenvolvimento dos saberes disciplinares, essenciais à construção da disciplina nas duas componentes – académica e profissional (Shermis, citado em Donaldson, 1978).

No final da década de 60, foi igualmente realizado um estudo que permitiria identificar as necessidades reais de alargamento da rede de escolas, numérica e geograficamente falando, na medida em que se assistia à transição para Hospitais que se mantinham no centro da estrutura de cuidados (Hospitalocentrismo), mas assumindo uma maior complexidade e

interdisciplinaridade nos cuidados prestados. A identificação da necessidade de escolas é feita em função da rede de hospitais entretanto em desenvolvimento e, não obedecendo a nenhum outro critério de prioridade.

É após a reforma de 1964 (plano de estudos organizado em torno da disciplina de enfermagem, embora mantendo a orientação biomédica), a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem em 1967 e a participação plena dos enfermeiros na gestão das Escolas, alargando-se a todas as Escolas a partir de 1974, que se identifica uma transição importante para Escolas de Enfermagem e não apenas Escolas para Enfermeiros.

Nessa sequência no início da década de 70, assiste-se à reforma de uma política educativa promotora de espaços plurais e convergentes, com a proposta de criação do Ensino Superior de Curta Duração (reforma Veiga Simão, iniciada por José Hermano Saraiva em 1969), no sentido da reorganização do sistema educativo, e a uma reforma de saúde (reforma Gonçalves Ferreira em 1971), propondo a reorganização do sistema de saúde, essencialmente em relação à saúde pública (criação dos Centros de Saúde da 1ª geração) e da rede hospitalar.

Quase em simultâneo ocorre o alargamento da rede, com a criação de Escolas em todas as capitais de Distrito, criação que decorreu até 1975, com excepção dos Distritos de Aveiro e Setúbal. Este alargamento da rede, terá ocorrido na interdependência com as novas necessidades de saúde, crescimento das organizações de saúde (Hospitais Regionais e Centros de Saúde de 1ª Geração); fixação local dos diplomados e, manifestamente por pressão do poder local, para além das dimensões inerentes às dinâmicas de funcionamento dos Sistemas Saúde, propostas por Cabral (2002).

Estas Escolas, criadas exclusivamente para formar Auxiliares de Enfermagem, na lógica anteriormente referida de responder às necessidades de recursos mas numa perspectiva de contenção económica com os gastos na formação do pessoal de enfermagem.

A democratização do país após Abril de 1974, introduz na saúde a expectativa de um sistema nacional de saúde, e na educação a massificação, crescendo a pressão para a criação dos Institutos Politécnicos, expectativas que vêm a concretizar-se no final da década.

O ensino de enfermagem continuou, no entanto, à margem do sistema educativo nacional, embora as Escolas de Enfermagem tenham sido consideradas com as características adequadas a Escolas Superiores, de acordo com a Lei 61/78 de 4 de Abril.

Com a criação do DEE em 1974 e, funcionamento da EEAE desde 1967, identificam-se valiosos contributos para a construção da autonomia das escolas de enfermagem, que só em 1988 com a integração no sistema educativo nacional, vem a concretizar-se. A EEAE em 1971, pronunciava-se sobre os «Esquemas» de formação em Enfermagem, na forma como o Ministério da Educação os preconizava, o que se pode considerar como um indicador do espaço e do tempo em que o ensino de enfermagem era discutido como questão da

educação e não apenas da saúde. Como factores facilitadores de aproximação à integração no sistema educativo nacional, podem referir-se: o reconhecimento e a exigência das habilitações literárias para admissão ao Curso de Enfermagem Geral idênticas às de ingresso no ensino superior; a implementação do plano de estudos de 1977; a extinção dos dois níveis de formação e o reconhecimento da possibilidade das Escolas serem convertidas em Escolas Superiores (Lei nº 61/78 de 4 de Abril), que no seu conjunto conduziram a que no final da década de 70, tenha sido proposto o enquadramento dos Cursos de Enfermagem no sistema educativo nacional, com o reconhecimento da formação humana, técnica e científica dos enfermeiros.

Consideram-se como constrangimentos ao desenvolvimento do processo de autonomização, a existência de dois níveis de formação até 1974 e a unificação para um único nível, em condições muito controversas à época; a dificuldade das escolas responderem à regulação entre a oferta e a procura, na medida em que a tutela única do Ministério da Saúde criava a situação ambígua de tutela do exercício, e do ensino e a inexistência de estudos que identificassem as reais necessidades de enfermeiros no país.

A construção da autonomia das escolas ocorreu fundamentalmente por via da produção de um novo método de *pensar em enfermagem* (Bandman e Bandman, 1995), a partir da sistematização dos conhecimentos, com grande influência da EEAE, introduzindo a capacidade de reflectir a prática na prática e fazendo-a emergir como campo de estudo/investigação (Shaw, 1993). Os enfermeiros vinham desenvolvendo estas competências na sequência da formação desenvolvida na referida escola e bem assim pela via da formação permanente, organizada em colaboração entre esta Escola e a Direcção Geral dos Hospitais. Terá sido a partir da acção da EEAE que se pode considerar a transição das Escolas para Enfermeiros, para as Escolas de Enfermagem. A especialização do saber era assumido como variável essencial ao desenvolvimento da enfermagem como disciplina, pela utilização de conceitos, métodos e instrumentos próprios, permitindo o início da valorização da interdisciplinaridade pela disciplina de enfermagem (Shaw, 1993). Um dos sinais evidentes da autonomização das Escolas em relação aos Hospitais, passava pelas relações conflituosas desenvolvidas entre enfermeiros do exercício e enfermeiros docentes, com grande descrédibilização dos últimos, essencialmente a partir do início da década de 80. Na perspectiva deste estudo, esta descrédibilização tinha raízes em dois momentos distintos, um primeiro (1) após a reforma de 1965, caracterizado pela dicotomia adveniente da inexistência de articulação teórico-prática, agora evidenciada pelo desenvolvimento da componente académica da disciplina (Donaldson e Crowley, 1978; Shermis, citado em Donaldson) que na perspectiva do paradigma da integração (Kérrouac et al, 1994), permitia a construção do conceito de saúde e de doença com a relatividade inerente à individualidade e singularidade, reforçado pela adopção do conceito de cuidados

de enfermagem de Virgínia Henderson, adoptado pelo ICN, e um segundo (2), associada à tomada de decisão da unificação dos níveis de ensino, com consequente tentativa de «uniformização» do grupo profissional, de pessoas com níveis de preparação teórica e prática, muito diferentes.

Em 1986, assiste-se a uma outra reforma educativa, que o ensino de enfermagem viveu ainda à margem, pois a integração no sistema educativo nacional ocorreu apenas em 1988, com a conversão das escolas públicas em escolas superiores de enfermagem apenas em 1989.

As escolas de enfermagem tornam-se organizações autónomas a partir desta data, com o exercício da autonomia, para além da técnica e administrativa, a científica, pedagógica e financeira, com a maturidade que o processo de autonomização permitiu construir, mediado pelos serviços centrais de um Estado que evoluiu de controlador, para um Estado regulador, mas em que as indecisões e as indefinições políticas no que concerne (1) à tutela única pelo Ministério da Educação, após um longo período de dupla tutela (mais de dez anos), e (2) às questões relacionadas com o financiamento (Dale, 1997) não suportado nas mesmas regras dos restantes estabelecimentos do ensino superior (ausência de definição do ratio professor aluno, com impossibilidade de definição do custo estudante enfermagem) têm inibido a transição completa e assumida para estabelecimentos de ensino superior, desenvolvendo na íntegra a Missão inerente a este nível de ensino. Acresce a esta problemática, uma diversificação na integração, que se caracteriza por diferentes cenários, quanto à integração em estabelecimentos de ensino ou à manutenção como estabelecimentos não integrados (Lei 26/2001 – Ordenamento do Ensino Superior). O constrangimento, atenuar-se-ia se a evolução tivesse sido no sentido da diversidade inerente ao ensino superior, mas ao ocorrer pelo desvio provocado pelo «ruído» em torno da integração efectiva, na medida em que se manteve, a necessidade de caracterizar o ensino de enfermagem por aquilo que não é, e não por aquilo que é, perpetua-se uma ambiguidade característica do próprio sub-sistema do ensino superior politécnico (Grácio, 1998).

Como evoluiu a construção e desenvolvimento curricular em enfermagem?

No período em análise, interessa compreender para além dos contextos onde ocorreu a formação de enfermeiros, a fonte e o uso dos saberes mobilizados por estes na acção quotidiana, que transitaram duma perspectiva de saberes delegados e periféricos (Carapinheiro, 1989), para uma sistematização dos saberes dos enfermeiros na construção do conhecimento em enfermagem (Donaldson, 1978; Meleis, 1991). A análise ocorre a partir das condições da construção social do currículo a partir da compreensão de como

evoluiu o conteúdo e a forma (Apple, 2001), na transição de um paradigma caracterizado a partir de uma perspectiva dualista / disjuntiva de orientação biomédica (categorização) (Pearson e Vaughan, 1992), para uma orientação para o cuidar curar (integração/transformação) (Watson, 2002). O texto é também construído a partir da análise do «social» complexo, considerando a interdependência entre as dimensões e os tópicos deste domínio.

No início do período em estudo, a Escola funcionava como «aparelho» do Estado na produção do conhecimento técnico-administrativo, potenciando a divisão social do trabalho (Apple, 2001), ocorrendo a preparação dos enfermeiros e dos auxiliares de enfermagem, a partir da orientação do ensino técnico, com reforço da dicotomia entre a concepção e a execução, onde as áreas disciplinares se desenvolviam sob a responsabilidade dos médicos, uma vez que na orientação do modelo, os saberes médicos eram os únicos capazes de explicar o processo de saúde / doença. Isto só por si provocava o desajustamento da intervenção própria dos enfermeiros, na medida em que os cuidados de enfermagem surgiam em função da orientação biomédica, a qual se organiza em torno de tecnologias de investigação e reparação das doenças (Pearson e Vaughan, 1992).

É nesta perspectiva que em 1952, surgem as «técnicas de enfermagem» (conteúdo disciplinar) cuja concepção e organização competia ainda aos médicos, embora passasse a caber aos enfermeiros monitores a abordagem dos mesmos. A definição das áreas disciplinares de responsabilidade dos médicos, potenciava a subordinação e o não reconhecimento da cientificidade das mesmas. Estas «técnicas de enfermagem» decorriam das disciplinas de medicina e cirurgia que organizavam de facto o curso, consistindo apenas no ensino de técnicas médicas e cirúrgicas separadas do ensino da patologia, que os enfermeiros deveriam saber fazer, para poderem desta forma ajudar mais eficazmente os médicos. Nas décadas de 40 e 50, o currículo organizava-se de acordo com o ensino técnico, com reforço da dicotomia entre a concepção e a execução. Os enfermeiros assumiam uma subordinação ao saber e, uma lealdade ao profissional médico.

O paradigma formativo era também, neste período, caracterizado pela ausência de coordenação entre o ensino teórico e o ensino prático, pois o ensino teórico era da responsabilidade dos médicos e o ensino prático e os estágios passaram a ser da responsabilidade dos enfermeiros monitores, embora no estágio os alunos fossem acompanhados em permanência pelos enfermeiros dos serviços, excepto nas enfermarias escolas onde passaram a existir monitores.

No início da década de 60, inicia-se uma maior participação dos enfermeiros na construção dos curricula, que se mantinham com grande heterogeneidade, apesar da lógica política do plano único, característica do período em estudo. A autonomia terá começado quando os enfermeiros adquiriram esta capacidade de intervir no processo de construção curricular,

pela definição do conteúdo e da forma, com o início da construção de um modelo de formação da responsabilidade dos enfermeiros, a partir de 1964. Não só no que concerne à construção do currículo, mas conforme a afirmação anterior, também no que respeita às Escolas ao passarem a ser geridas por enfermeiros, deu-se o alargamento das suas autonomias. Com esta Reforma, foram introduzidas importantes alterações de que se relevam: maior equilíbrio ao longo dos três anos de duração de curso; maior centralidade da disciplina de enfermagem; melhor integração das matérias teóricas e entre estas e as práticas e os estágios, bem como e os alunos a serem acompanhados nos estágio pelos enfermeiros monitores.

Consideram-se como constrangimentos à sistematização dos saberes utilizados: a dominação do grupo profissional dos médicos; o género; a existência de dois níveis de formação inicial até 1975.

O desenvolvimento tecnológico na sociedade portuguesa, repercutiu-se na construção social do currículo de enfermagem, na medida em que a especialização dos saberes que se ia desenvolvendo ocorria sob a orientação do modelo médico, onde o saber técnico dos enfermeiros se ia afirmando como capital cultural. Os saberes médicos continuavam a ser organizadores, pois eram os únicos capazes de explicar o processo de saúde doença. Os cuidados de enfermagem surgiam assim em função da orientação biomédica. Na década de 60 passou a discutir-se a perspectiva teórica de que a enfermagem começava a deixar de ser exclusivamente curativa ou exclusivamente preventiva ou de especialidades, procurando definir-se um novo conceito de enfermagem (paradigma da integração), capaz de acorrer a todas as necessidades básicas do Homem, no campo da saúde e da doença, ajudando-o a realizar as actividades que ele próprio realizaria em condições normais (Conceito de Virginia Henderson) (Meleis, 1991; Kérouac et al, 1994).

A responsabilidade dos enfermeiros monitores pela abordagem do ensino teórico e orientado ensino prático – estágios, acentua a dicotomia entre os dois campos de saberes que passaram a ser considerados como opostos, na medida em que os saberes práticos eram considerados invisíveis e os saberes teóricos inaplicáveis à prática. Os primeiros foram valorizados nesta década, embora tendo sido iniciada pela reflexividade na acção a recontextualização dos saberes da ciência de enfermagem às diferentes situações de cuidar. A apropriação dos princípios humanistas na construção da disciplina, foi um ganho a partir da introdução das ciências sociais e humanas, bem como dos conteúdos no âmbito do ensino e da administração.

Em toda esta década relevam-se como factores a considerar: a reforma do ensino em 1964; a formação de enfermeiros no estrangeiro e a criação da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem em 1967.

É com a criação desta escola que se inicia o processo de sistematização dos saberes dos enfermeiros ao conhecimento em enfermagem. Identificam-se duas vias (Shaw, 1993) para esta sistematização: (1) a partir da formação dos enfermeiros baseada num modelo de formação centrado nos estudantes e procurando desenvolver uma dimensão intelectual dos cuidados de enfermagem, conseguida não só através da formação formal (curso de enfermagem complementar, como também pela formação permanente), quase em simultâneo (2) a investigação começa a ser ensinada no final da década de 60, como «disciplina» e como «metodologia», embora a ênfase na metodologia se tenha constituído como constrangimento à investigação no conteúdo de enfermagem e dos cuidados de enfermagem, tal como noutros contextos (Cf. Collière, 2003; Basto, 2001), repercutindo-se claramente na ausência do estudo dos problemas reais da enfermagem, a partir dos cuidados de enfermagem (Bergman, 1990).

Apesar destas condicionantes, é visível a capacidade dos enfermeiros em organizarem a discussão em torno dos saberes que usavam, bem como das suas fontes, quando se analisa a produção a este nível, nos Congressos Nacionais de Enfermagem, como espaços de debate público a partir de 1973. É demonstrada a capacidade para organizar os saberes que não são objecto de reconhecimento académico, pela «marginalidade» do ensino de enfermagem em relação ao Sistema Educativo Nacional, através da apresentação de propostas de inovação na construção e desenvolvimento curricular, a partir de 1973, com a introdução da discussão de modelos teóricos de aplicação à prática de enfermagem (como conteúdo). A discussão que se desenvolvia suportava a dicotomia entre os enfermeiros que defendiam a enfermagem como ciência e os que defendiam que esta devia manter-se como actividade dependente da medicina. Esta era uma discussão que se situava não só na «disciplina», mas também e essencialmente na «profissão», conduzindo mais tarde ao estudo da relação dialéctica entre ambas. Estava-se perante a génese das componentes académica e profissional da disciplina (Donaldson e Crowley, 1978; Meleis, 1991 e Meyer, 1995).

A partir da década de 70 a construção social do currículo começa a mobilizar as categorias: tipologia dos saberes; diferentes modelos de formação; os actores; os níveis, graus e diplomas, sendo possível em associação com a discussão dos modelos teóricos, iniciar a clarificação da diferença entre o que é «ser enfermeiro» e «ser outro profissional de saúde». Doze anos depois da primeira reforma (em 1965) dá-se a «grande reforma» na construção curricular (1976), relevando-se em relação ao conteúdo o aparecimento de uma disciplina de enfermagem organizadora do curso, mas ainda sob a orientação do modelo médico, em que a abordagem dos cuidados de enfermagem, surge na continuidade da abordagem das patologias médicas e cirúrgicas, começando a existir a preocupação por parte dos enfermeiros monitores, da fundamentação dos cuidados que ensinavam, visto que esta *disciplina* passa a ser da responsabilidade dos enfermeiros, desde a concepção à

leccionação, passando pela organização. Mantém-se a orientação biomédica, com ênfase na produção e distribuição de normas específicas para uma execução adequada na hierarquia do mercado de trabalho, embora já com a mobilização dos princípios humanistas do cuidar, suportados pela mobilização dos saberes inerentes às ciências sociais e humanas, com maior ênfase na saúde e na sociologia e psicologia, mas com a *disciplina* de enfermagem a manter na definição dos conteúdos uma orientação biomédica (Sacristán, 1998).

A construção social do plano de estudos de 1976, o primeiro da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros e numa lógica para além da do catálogo disciplinar em que se constituíra o anterior, passando quanto ao conteúdo a organizar-se a partir da ênfase na saúde, no indivíduo, na família e na comunidade, em torno das grandes áreas da enfermagem, com maior incidência das ciências sociais e humanas e com a iniciação à investigação. Quanto à forma, a pedagogia da aprendizagem substituiu a pedagogia centrada no ensino do professor e das disciplinas, promovendo uma melhor integração dos conteúdos teóricos na prática. Esta inovação ocorreu na interface entre a insatisfação da existência de um outro nível de formação (auxiliar de enfermagem, ocorrendo desde o final da década de 60 e até meados da década de 70, um movimento que reivindicava um só nível de formação inicial) e a necessidade de especialização que desse resposta às exigências da evolução tecnológica, por um lado e, às necessidades decorrentes das mudanças paradigmáticas na saúde, por outro. A partir daqui, emerge a produção do conhecimento técnico, que permitiria a aplicação do conhecimento científico à prática quotidiana, a partir do trabalho técnico - intelectual, assumindo-se o enfermeiro como trabalhador do conhecimento (Paiva, 2003), isto é o que transfere o conhecimento científico para a realidade do dia a dia, fugindo à rotina e reflectindo sobre o que faz, conjugando em simultaneidade a transição de uma menor autonomia técnica para um ganho de estatuto académico enquanto profissional.

A construção deste plano curricular, pode ter-se constituído como a primeira transição, na medida em que o organizador principal passou a ser a disciplina de enfermagem, mas em que a orientação é a de considerar a pessoa em transição da saúde para a doença, ou vice versa, concebendo estes estados não como opostos, mas interdependentes, procurando uma especialização do cuidado de enfermagem na dimensão relacional, em interdependência com a dimensão técnica (Paiva, 2003). Está-se perante a valorização da saúde e da doença, numa perspectiva central à pessoa (paradigma da integração) o que poderá indicar a génese de uma orientação para o cuidar curar. A partir do plano de estudos de 1977 a multidisciplinaridade começa a ser uma realidade em que a disciplina de enfermagem passa a ter um estatuto de diferenciação e autonomia no currículo, embora exista ainda alguma distância da interdisciplinaridade essencial à intervenção na complexidade crescente em saúde.

É nesta perspectiva que se considera existir já nesta altura, um processo de autonomização da disciplina de enfermagem, como ramo de especialização da medicina, e isto num paradigma modernista, em que o conhecimento é caracterizado em ramos hierárquicos entre as diferentes áreas disciplinares, evoluindo para o que Caraça (2001) designa por arquipélago de saberes.

A discussão sobre a especialização do saber, acentua-se a partir da especialização pós-básica concebida numa lógica diferente da existente até 1967, em que são criados os novos cursos de especialização, com planos de estudo que dão continuidade à orientação biomédica, perpetuando a subordinação dos saberes, e promovendo a manutenção da dicotomia entre a concepção e a execução na actualidade. A mudança para um paradigma formativo que enfatiza a reflexividade na acção e a capacidade de recontextualização dos saberes abstractos na acção, numa dimensão interpretativo-justificativa (Correia, 1998), tem contribuído para a identificação das necessidades de investigação como estratégia para a sistematização dos saberes em Enfermagem (Amendoeira, 1999; Abreu, 2001; Costa, 2002; Lopes, 2001).

Na década de 80, começa a considerar-se de forma objectiva a disciplina de enfermagem com uma componente teórica, caracterizada pelas tentativas de definição do que são cuidados de enfermagem e do que é a enfermagem (Brunner e Wrubel, 1989; Watson, 1985; Ribeiro, 1995 e Amendoeira, 2001), continuando no entanto a existir a necessidade de identificar claramente o organizador dos curricula, na medida em que os programas continuaram a seguir uma orientação tradicional de concepção dos cuidados de enfermagem centrados no Hospital e no doente.

O processo de integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, teve o seu início formal no final da década de 70 (Decreto Lei nº 427-B/77) liderado pelo DEE, com posterior constituição de um grupo de trabalho, em 1984.

Vivia-se nesta época, a génese do Ensino Superior Politécnico, sendo claras as ambiguidades inerentes ao processo da sua criação a partir do ensino superior de curta duração, dinâmica social que não facilitou a integração do ensino de enfermagem como factor exógeno associado ao factor endógeno (Boudon, 1990) já referenciado e que foi o processo de unificação do nível de formação com a estratégia adoptada.

A integração ocorre em 1988, reconhecendo às Escolas e aos professores a capacidade para conceber, organizar e desenvolver o currículo no âmbito do novo Modelo de Formação.

A integração no sistema educativo nacional foi de grande expectativa, em relação à transição paradigmática no Modelo de Formação, que a investigação sobre o conteúdo da enfermagem poderia trazer. O cuidado de enfermagem passou a ser considerado como conceito essencial à construção da disciplina, a partir de investigações realizadas no sentido de estudar o conceito de cuidar, identificando os domínios do conhecimento que o

caracterizam (Carper, 1997). Este é um facto importante para se compreender como a entrada dos enfermeiros nas Universidades (o primeiro Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem iniciou-se na Universidade Católica em 1991, seguindo-se no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Outras Universidades abriram as suas portas aos enfermeiros que viriam a realizar mestrados e doutoramentos nas mais diversas áreas) influenciou ou não a construção de um campo próprio de conhecimentos que possa ser considerado como área disciplinar.

O reconhecimento social e político da disciplina de enfermagem, com acesso à sistematização e desenvolvimento do conhecimento nas universidades na década de 90, pela ênfase na investigação do cuidar, permitiu valorizar a prática como campo de investigação e de análise e produção de saberes, na medida em que se considera essencial estudar os contextos e as actividades de todos os dias, para que o conhecimento seja compreendido a partir do seu foco próprio (o cuidado às pessoas) nos seus contextos naturais de realização (Hospitais e comunidade) (MacIntyre, 1990). No que concerne à profissão este reconhecimento ocorre a partir da existência de dois instrumentos essenciais: o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem em 1996 e a Ordem dos Enfermeiros em 1998.

O modelo de formação na actualidade, de orientação humanista em interdependência com a dimensão tecnológica, pode criar conflitos emergentes da necessidade de distanciamento de uma orientação mais reducionista e profissionalizante, característica do modelo anterior.

A transição de uma lógica de plano único para uma diversificação de planos de estudo, não foi completa de modo a atingir a diversidade essencial ao ensino superior, na medida em que se caracterizou por uma tendência para inovar, embora reproduzindo o tradicional. A análise de alguns planos de estudo, suporta uma evolução que valoriza a transversalidade dos saberes das diferentes áreas do conhecimento, em que o organizador destes parece ilustrar um modo de pensar em enfermagem a partir de uma disciplina que integra as componentes profissional e académica, valorizando por um lado a reflexividade na acção e por outro lado, onde a investigação assuma um papel importante na construção da componente académica (Shaw, 1993).

A enfermagem é historicamente uma profissão da saúde, em processo de autonomização a partir da mobilização das novas concepções de saúde, que organizam a disciplina e consequentemente o currículo (Sacristán, 1998). Toda a formação em saúde, faz-se historicamente na universidade, excepto a enfermagem e as tecnologias da saúde, o que torna interessante o debate que advém da manutenção das ambiguidades em relação ao Ensino Superior Politécnico, que embora sendo uma constatação é-o de âmbito mais normativo, na medida em que os que concordam com esta decisão, assumem-no mais com um sentido tácito e estratégico, do que propriamente com o reconhecimento *de jure* desta

situação. Debate interessante continua a ser o que advém da manutenção das ambiguidades em relação a este subsistema que continua a definir-se «mais pelo que não é do que pelo que é», o que situa a discussão sobre o processo de autonomização da componente académica da disciplina em torno da investigação que se desenvolva, para além do «local» onde esta ocorra estar mais próximo do Politécnico ou da Universidade.

A Enfermagem é hoje uma disciplina do conhecimento em crescente consolidação (Meleis, 1991) com investigação própria, que cria, representa e aplica o conhecimento necessário à prática dos cuidados, o que se enquadra no conceito de ensino universitário. Na sociedade do conhecimento em que se vive actualmente, a transdisciplinaridade que se associa à imagem de um arquipélago dos saberes, torna aparentemente irrelevante que a construção do saber se faça num subsistema ou noutro. É preciso é que se faça no sentido da melhoria do serviço prestado por esta profissão às populações.

Como ocorreu a emergência e o desenvolvimento do grupo profissional dos Enfermeiros?

Para além da análise dos espaços de formação como locais de produção, fonte e uso dos saberes, interessa sistematizar as principais conclusões decorrentes da análise das dinâmicas sócio-profissionais e autonomia, que caracterizaram o processo de profissionalização, bem como as características do processo identitário, considerando as questões ligadas ao género e à divisão social do trabalho no contexto da saúde, caracterizadas por relações de dominação / subordinação.

O texto das conclusões foi organizado a partir do tema «Enfermeiros em Portugal. A identidade Profissional», em que os actores são os estudantes, os enfermeiros e os professores de enfermagem.

As condições de admissão enquanto factor, deviam ser considerados na lógica da oferta e da procura, existindo à altura uma ambiguidade de posições, na medida em que uns se posicionavam pela manutenção das habilitações no sentido de uma maior procura e outros, que preconizavam o aumento como promotor de uma maior procura. A questão era saber, quais os benefícios para o desenvolvimento da enfermagem, do facto de serem exigidas maiores habilitações para o curso de enfermagem geral, quando se mantinham os dois níveis de formação? Não era correcto associar à procura, exclusivamente as habilitações literárias, pois existiram outros factores na década de 70 que foram determinantes: os acontecimentos sociais e políticos desencadeados em 1974 e desenvolvidos nos anos seguintes; o fim da guerra colonial que fez regressar à vida civil milhares de jovens em busca de ocupação; o regresso de antigos colonos e respectivas famílias e uma curta diminuição do fluxo migratório causado pela crise económica que a Europa atravessou.

A enfermagem foi considerada uma ocupação essencialmente vocacional, até meados da década de 70, altura em que foi introduzido um método de selecção dos candidatos, de carácter essencialmente preditivo e de orientação profissional (DICOVE). Nas décadas precedentes já tinha existido também a possibilidade de seleccionar os candidatos através da avaliação das destrezas (valorizava-se o saber fazer e a aprendizagem das técnicas). A dimensão vocacional da enfermagem era analisada à altura, por referência tanto ao nacional, como ao internacional, sendo valorizadas as qualidades pessoais que prevaleciam sobre as profissionais, o que reforçava o sentido humanitário da sua orientação profissional, legitimando, no entanto a subordinação aos critérios técnicos, gerados no campo médico.

Na década de 70, com a unificação do nível de formação, a habilitação mais elevada é considerada um dos indicadores mais importantes para o desenvolvimento da disciplina e da profissão, passando a exigir-se no final da década o 2º ano do curso complementar. As repercussões aconteceram tanto a nível da formação de base, como no nível pós-básico.

Nos anos 1977 e 1978, verificou-se um aumento da procura, com diminuição em 1979 e aumento novamente em 1980, sendo que a percentagem média dos admitidos, foi apenas de 22,7% dos inscritos. É importante associar estas preocupações ao factor socio-económico, pela relação entre o investimento na formação e o resultado da mesma, considerando a orientação vocacional que associava ao insucesso escolar e profissional, pelo que foi desenvolvido o estudo no âmbito da predição do sucesso escolar, para além da importância que tinha para a selecção dos candidatos. Ficou mais conhecido por projecto DICOVE e decorreu até 1986, sem ter produzido a convicção e o consenso sobre novas e melhores formas de seleccionar os candidatos ao curso de enfermagem. A partir de 1989, e após a integração do ensino no sistema educativo nacional, as condições passaram a ser as mesmas que para qualquer outro curso ao nível do ensino superior, passando o ingresso a ser regulado pelo *numerus clausus*.

Analisando a relação entre a oferta e a procura, após a integração, verifica-se que esta (a procura) tem vindo a aumentar em cada ano, embora sem uma correspondente capacidade de resposta das escolas enquanto organizações educativas, que se mantiveram num modelo de formação com dificuldade em transitar para uma lógica da complexidade em saúde, como caracterizado antes. Na década de 80, o número de diplomados manteve-se idêntico aos da década anterior, com um aumento fruto da duplicação das admissões a partir de 1988.

Interessa também, identificar como evoluiu o estatuto do aluno de enfermagem ao longo deste período, como forma de compreender, não só a dialéctica entre a formação e o trabalho, mas também como contribuiu para o processo identitário a partir das dinâmicas sócio-profissionais induzidas por um modelo de formação próximo da profissão e, que entre 1947 e 1974, se desenvolveu a partir da existência dos dois níveis de formação.

Na década de 50, o aluno era considerado como força de trabalho, tanto nos cursos de enfermagem como de auxiliares de enfermagem. Este «estatuto» baseava-se numa «relação de trabalho» entre as alunas e o hospital, em que estas usufruíam de uma bolsa (pecuniária), alimentação e alojamento, que implicava o compromisso de trabalharem nos períodos de férias e no final do curso de enfermagem geral durante o mês de Agosto. A partir de 1965, ocorria o mesmo no curso de auxiliares de enfermagem, durante 6 meses, no designado estágio pós-escolar. Para além deste compromisso, as alunas que auferiam a referida bolsa, ficavam por ela obrigadas a trabalhar na instituição por um período correspondente ao do usufruto da mesma. Esta era uma política que tinha na base a preocupação em fixar os diplomados nas organizações onde ou para as quais eram preparadas, mas que veio a revelar-se infrutífera.

A reforma de 1965 inovou, iniciando a valorização do estatuto dos alunos, centrando-os no processo formativo, a partir da definição de objectivos pedagógicos, revelando uma maior preocupação com o estatuto do aluno como aprendiz. Esta inovação permitia também clarificar na formação a distinção dos enfermeiros e dos auxiliares de enfermagem. Na década de 70, é criado o Instituto de Acção Social Escolar, mas em que o aluno de enfermagem fica à margem, em consequência da não integração do ensino no Sistema Educativo Nacional. A partir da revolução de Abril de 1974 a democratização do ensino (Grácio, 1998) estende-se também às escolas de enfermagem, conduzindo a novas dinâmicas de funcionamento, valorizando-se essencialmente a participação do estudante como ser em projecto, princípios educativos valorizados pelo plano de estudos de 1976, influenciados pelos princípios da filosofia educativa da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem.

No final da década de 80, o modelo de formação preconiza a formação centrada no desenvolvimento do potencial individual, contribuindo para o seu crescimento pessoal e profissional. Com a integração plena no Ministério da Ciência e do Ensino Superior, tutela única, os estudantes de enfermagem adquirem um estatuto igual aos dos outros estudantes.

Até à década de 40, existiam formas heterogéneas de «ser» enfermeiro, que se repercutiram no processo de profissionalização, dificultando o início da construção de uma identidade socio-profissional. A partir de 1947, foram tomadas as primeiras medidas tendentes à organização do exercício e do ensino, pela abolição da possibilidade de vir a ser enfermeiro sem um diploma, obtido numa escola. Ter-se-á constituído na primeira medida tendente ao controlo do exercício.

A dinâmica sócio – profissional foi ditada entre 1947 e 1974, pela existência de dois níveis de formação.

Na década de 60, a dinâmica evoluiu a partir da abertura da sociedade e da assumpção da responsabilidade do ensino de enfermagem pelos enfermeiros. Nesta década existem

algumas manifestações de associativismo dos enfermeiros e de outros profissionais da saúde (Rosas, 2004), apesar da situação política e social serem inibitórias, com especial ênfase para o movimento que viria ser conhecido pelo Movimento dos Auxiliares de Enfermagem, a partir do facto de a maioria do grupo profissional em construção (Pessoal de Enfermagem) ser constituído por Auxiliares de Enfermagem na proporção de 5 para 1 Enfermeiro e em que eram os primeiros que prestavam os cuidados. Em 1972 é criado o Curso de Promoção dos Auxiliares de Enfermagem, com a duração lectiva de 21 meses a tempo inteiro.

Em 1967 é legislada a primeira carreira de enfermagem, que em 1971 é sujeita a uma reforma, tendo entre outras implicações a melhoria de vencimentos, algo que era reivindicado há muitos anos. Para além da melhoria de vencimentos um outro indicador da construção do grupo profissional situava-se no âmbito da capacidade em liderar o processo de formação e a consequente melhoria dos cuidados que eram prestados à sociedade.

Na década de 70, considera-se a existência de duas dimensões de importância extrema na dinâmica e no processo de autonomização em curso, que se caracteriza como a transição epidemiológica (Cabral, 2002) na forma de olhar os indicadores de saúde, essencialmente relacionados com as mudanças paradigmáticas na mesma, bem como a construção de uma nova dinâmica de cooperação interorganizacional, que decorre da «separação» das escolas em relação aos hospitais. Nesta década a Enfermagem consolidou instrumentos essenciais à construção do grupo profissional e da sua autonomia, de que se releva: um só nível de formação básica para prestação de cuidados gerais; o assumir conceitos unificadores sobre o sujeito de cuidados (passou a ser a pessoa e não a doença), os cuidados de enfermagem como um todo (técnico-relacionais) e a concepção dos cuidados de enfermagem básicos ser desenvolvida e executada pelos próprios enfermeiros.

Em 1973, o 1º Congresso Nacional de Enfermagem, organizado pela Federação dos Sindicatos Nacionais de Enfermagem, pela Associação Portuguesa de Enfermeiros (1968) e pela Associação Católica dos Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde, é a demonstração da capacidade organizativa deste grupo profissional que procura essencialmente responder às questões – Quem Somos? Onde estamos? O que fazemos?

Das conclusões do Congresso e no que concerne à dinâmica sócio-profissional como dimensão do processo de profissionalização, destaca-se essencialmente a reivindicação reforçada de um só nível de formação em enfermagem e o início do processo de integração no Sistema Educativo Nacional. Existia a consciência da necessidade de mudança, pois com a reorganização dos serviços de saúde (Centros de saúde de 1ª geração) decorria a preocupação de criar melhores condições de prestação de cuidados, pela eliminação da descoordenação que agravava o défice de recursos de Pessoal de Enfermagem no país.

O facto de a grande maioria dos diplomados serem Auxiliares de Enfermagem, terá sido um constrangimento ao processo de profissionalização e de autonomização, uma vez que desde a década de 60 eram estes que prestavam os cuidados, o que os colocava próximo dos doentes e deste modo eram portadores da informação que abria o canal directo no relacionamento com os médicos. Era no entanto questionado se a formação os qualificava para esta função. O que manifestamente não acontecia. Por outro lado, os Enfermeiros procuravam o reconhecimento profissional pelo desenvolvimento das tarefas de administração e organização dos serviços, que os aproximava dos poderes institucionais – administrativo e médico, mas que os afastava da prática dos cuidados, como área de valorização da profissão (MacIntyre, 1990).

A Revolução de Abril em 1974, introduz novos dados no processo de profissionalização, na medida em que em 1974 é extinto o Curso de Auxiliares de Enfermagem, com sérias implicações na dinâmica sócio – profissional da acção quotidiana e em 1975, pela Portaria nº 107/75 de 17 de Fevereiro, é criado o novo curso de promoção com a duração de cerca de 8 meses em média, para os enfermeiros de 3ª classe. As razões apontadas para a organização deste curso eram: os Auxiliares de Enfermagem já possuíam um curso com a duração de 12 meses e um estágio pós-escolar de 6 meses; a experiência profissional centrada na prestação de cuidados às pessoas, que deveria ser considerada e valorizada; a prestação de cuidados na prática, ocorria sem supervisão, desempenhando as funções dos enfermeiros. Assistia-se á defesa e ao reforço da legitimidade da formação desenvolvida nos Centros de Formação, por aqueles que procuravam evitar que o processo de integração no sistema educativo nacional fosse posto em causa, pois um grupo profissional fraco e dividido, não facilitaria este processo.

Os conflitos emergiam, essencialmente, por uma deficiente centralidade no utente, na medida em que os objectivos eram definidos em função da organização do trabalho, que associada à orientação biomédica do modelo, inibia uma dinâmica sócio-profissional própria, inibitória do desenvolvimento do estatuto autónomo dos enfermeiros.

Nas décadas de 70 e 80, as expectativas em relação aos diplomados, eram de que inovassem e mudassem o percurso de construção do processo identitário, sendo que após a Revolução de 1974, o processo de profissionalização e de autonomização adquiriu uma capacidade reivindicativa de melhores condições de trabalho, para melhores cuidados e melhores salários, conseguidos essencialmente após a unificação dos níveis de formação.

No 2º Congresso Nacional de Enfermagem, foi iniciada a discussão da necessidade de um estatuto profissional, como dimensão intrínseca ao desenvolvimento sócio-profissional.

No final da década de 80, a autonomia era estudada a partir da reconfiguração profissional da enfermagem, o que permitia melhorar o processo de produção das identidades profissionais. A análise do processo de profissionalização, tem sido feito essencialmente a

partir das teorias funcionalistas, embora a importância da interacção nas situações de cuidados tivesse sido identificada no estudo de Mário Sarmiento Rebelo (1990). Este estudo teve como finalidade, definir um perfil de competências do enfermeiro generalista e de especialista, numa fase em que se assistia a uma transição de uma orientação pela racionalidade técnica (dualista e disjuntivo) para uma orientação para o cuidar-curar. A perspectiva interaccionista que actualmente se desenvolve, permite compreender o trabalho técnico-intelectual que atribui aos saberes a dimensão justificativo-interpretativa, formalmente enquadrada pela permanente avaliação e interpretação do que o enfermeiro faz e pelo reajustamento à particularidade e singularidade do sujeito de cuidados.

Nas décadas de 70 e 80, a formação adquiriu uma importância crescente no desenvolvimento da profissão, conseguida (embora não reconhecida) pela unificação do nível de formação de base, defendida já no 1º Congresso Nacional de Enfermagem em 1973. A capacidade de resposta das escolas a esta inovação e à discussão sobre a formação pós-básica, no sentido de se compreender as necessidades de especialização na área clínica e na área da gestão foram essenciais para promover uma dimensão importante na interdisciplinaridade em saúde, na medida em que os enfermeiros especialistas melhor formados: responderiam mais adequadamente às necessidades cada vez mais complexas no campo da saúde; participariam na definição das políticas de saúde, programação e avaliação das actividades dos serviços de saúde; participariam na avaliação das necessidades da população em cuidados de enfermagem (Estudo de Basto et al, 2001); participariam em grupos de trabalho para a criação de unidades de saúde; realizariam estudos de investigação que visassem elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem e participariam em estudos relacionados com o estatuto e as carreiras de enfermagem.

A reestruturação dos cursos de especialização a partir de 1983, relacionam-se com a dinâmica sócio-profissional e autonomia, mas é necessário considerar que a continuidade da sua organização e orientação sendo biomédica, promovia uma subordinação ao saber e ao poder médico, bem como constituíram-se em efeitos perversos para além dos benéficos, na medida em que eram utilizados pelos enfermeiros, essencialmente para a ascensão na carreira, mais que para o desenvolvimento da prática de cuidados.

A década de 90, é de sedimentação, consolidação e consciencialização da disciplina, que se desenvolve ao nível do ensino superior (autonomia) e de um grupo profissional em processo de autonomização, com reconhecimento social (CNP – 1994).

É em 1996, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que se clarificam as funções autónomas e interdependentes dos enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros é criada em 1998.

Na actualidade o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, caracteriza-se por um exercício profissional inserido num contexto de actuação multiprofissional,

distinguindo-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos de saúde (intervenções interdisciplinares, por exemplo na administração de terapêutica medicamentosa) e as iniciadas pela prescrição de enfermagem (intervenção autónoma, por exemplo educar para estilos de vida saudáveis) (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A análise do défice de profissionais de enfermagem como uma constante no período em estudo e a existência de dois níveis de formação a partir de diferentes saberes, é essencial para a compreensão do objecto em estudo.

Na década de 50, a orientação biomédica e a organização do trabalho a partir da subdivisão do trabalho médico, era estruturada numa perspectiva assistencial. Uma questão que se coloca quando se analisa o défice tem a ver com a forma como era definido o *ratio*, por referência aos valores apontados para os Estados Unidos da América (embora com as devidas adaptações ao contexto da saúde em Portugal) e depois à OMS, a partir da década de 60. Da análise dos dados disponíveis, verifica-se que a distribuição geográfica dos efectivos de enfermagem, foi um problema recorrente, na medida em que sempre se observou uma concentração do número de enfermeiros no litoral e mais concretamente nos grandes centros populacionais (Relatório Simeão, 1957/58; Carapinheiro e Lopes, 1997 e Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Associa-se o défice de recursos nas décadas de 50, 60 e 70, ao desenvolvimento e reforço da formação de Auxiliares de Enfermagem. Esta dinâmica não podia ser vista só nesta perspectiva de défice, mas também na lógica da distribuição dos profissionais, relacionando-se também com o aumento dos equipamentos de saúde; com o aumento da capacidade de resposta às necessidades de saúde e pelo esforço de aumento da formação.

Nas décadas de 70, 80 e 90 mantém-se um défice generalizado de enfermeiros, mantendo-se a questão da distribuição geográfica, como actual. O paradigma biomédico e da administração hospitalar, tem suportado a identificação das necessidades de enfermeiros, não considerando qualquer indicador que valorize as necessidades reais de saúde das populações, desvalorizando desta forma o suporte teórico de uma componente académica da disciplina de enfermagem. Enquanto se mantiver e reproduzir este paradigma, a enfermagem não conseguirá demonstrar a sua existência como disciplina e como profissão autónoma, pela participação nas tomadas de decisão no âmbito da política de saúde.

Na década de 90, identificam-se dois estudos, que procuram iniciar uma nova lógica para a identificação das necessidades em recursos, para além da lógica exclusivamente biomédica e organizacional (Carapinheiro e Lopes, na perspectiva dos profissionais) e Basto e outros, a partir do estudo dos benefícios da intervenção dos enfermeiros, na educação para a saúde, e isto na perspectiva dos clientes.

No que concerne aos professores de enfermagem, o percurso no seio da profissão e as estratégias desenvolvidas no processo de integração no ensino superior, procura-se compreender quem é actualmente o professor de enfermagem e como e de onde evoluiu.

Na década de 50, os professores eram médicos, sendo que os enfermeiros acediam apenas à categoria de monitor. Era no entanto, nesta década uma categoria prestigiada, na medida em que foi com os monitores que se iniciou a abordagem dos conteúdos das «técnicas de enfermagem», embora ainda sem a preocupação da fundamentação teórica das mesmas.

Os monitores tinham diferentes categorias, os que abordavam as técnicas de enfermagem, os que orientavam nos estágios, que podiam coincidir e as monitoras chefes que coordenavam os cursos e participavam na gestão das escolas.

Ainda na década de 60, a EEAE, assume também nesta dimensão uma grande importância na formação (avançada e permanente) dos professores e dos enfermeiros. À medida que a qualificação foi evoluindo e, por via da introdução de novos conhecimentos e métodos inovadores, se por um lado criavam um espaço de afirmação dos enfermeiros monitores, por outro lado faziam surgir conflitos essencialmente provocados pelo questionamento da realidade prática dos cuidados. O perfil dos monitores em 1965 era definido da seguinte forma: possuir uma habilitação literária de base, de nível superior à dos alunos; possuir preparação profissional superior à do curso que leccionam e uma experiência qualificada em enfermagem e ser especialista na matéria em que ensina.

Nas décadas de 70 e 80, este estatuto vê-se desvalorizado, pelo facto de ter existido a priorização da unificação do nível de formação, assumindo os sindicatos à época, a ênfase na formação dos largos milhares de auxiliares de enfermagem, formação que por ser feita em Centros de Formação criados para o efeito, marginalizava do desenvolvimento desta, muitos professores de enfermagem que leccionavam nas escolas de enfermagem criadas entre 1970 e 1975, exactamente por serem escolas que formavam essencialmente auxiliares de enfermagem. Para além desta questão associa-se também o facto de na década de 80 (em 1981 e 1985) terem ocorrido alterações na carreira, que ao promover a interface entre as diferentes áreas de actuação, deram início a um período não meritocrático para os docentes. Estes factores traduziram-se numa grande dificuldade na selecção de professores, essencialmente relacionado com o baixo estatuto, traduzido em reconhecimento social fraco.

A situação era problemática e considerava-se que as condições de trabalho dos enfermeiros docentes se degradavam, correndo o risco de se comprometer a formação de enfermeiros com vista ao futuro, se a curto prazo não fossem tomadas medidas que pusessem fim a tal situação.

Nesta década a integração no ensino superior, promoveu a construção dos processos identitários (Dubar, 1990; Canário, 1997; Abreu, 2001 e Lopes, 2001) em vários

momentos: o processo de construção curricular a nível do ensino superior (1989-1990); o processo de integração dos professores de enfermagem na carreira do ensino superior politécnico, pela atribuição de equivalências aos graus académicos, considerada a formação e a experiência profissional e por fim a criação da licenciatura de raiz em ciclo único, a continuidade do Curso de Mestrado e Doutoramento em Enfermagem no ICBAS e a criação do 1º Doutoramento em Enfermagem na Universidade Clássica de Lisboa.

Actualmente os professores de Enfermagem são licenciados em Enfermagem e desenvolveram o conhecimento experiencial da concepção, organização e desenvolvimento da formação teórica e prática, suportada no desenvolvimento e conhecimento a partir da formação académica ao nível dos Cursos de Mestrado e Doutoramento.

De que forma o género e a ausência de um corpo de conhecimentos próprio, influenciaram a construção social da profissão e da disciplina de enfermagem?

A questão do género nos acessos e percursos de formação dos enfermeiros, assume importância na medida em que ajuda a compreender as questões da identidade profissional, pois a construção identitária não ocorre apenas pela pertença do indivíduo a um grupo. É a trajectória do indivíduo que permite moldar a sua identidade (Dubar, 1990).

A identidade sócio-profissional foi-se construindo também em torno do género, atribuindo-se a feminização da profissão como factor inibitório do desenvolvimento da mesma e da disciplina de enfermagem – por permitir aos médicos manter e usar o poder de dominação (tese androcêntrica). Esta situação foi perpetuada nas décadas de 50 e 60, pelo acesso reduzido à admissão de indivíduos do sexo masculino (cerca de 10% do total).

Na década de 50, a construção da identidade profissional ocorria pela actividade desenvolvida a partir da identidade sexuada, na medida em que sendo o foco de atenção a doença, as alunas não estagiavam em serviços de «doenças de homens» e os alunos não estagiavam em serviços de «doenças de mulheres e de crianças».

Na década de 60 a identificação da enfermagem com o género feminino era associado ao facto de, pela via dos saberes e dos poderes instituídos, ser mais fácil manter a relação de subordinação às estruturas de poder na saúde, quando se mobilizava como explicação para o facto dos homens se considerarem indesejados na enfermagem, alimentada pelo mito de que a profissão era essencialmente feminina e os lugares de topo da hierarquia profissional terem sido, na quase totalidade, ocupadas por enfermeiras.

Na década de 80, em Portugal a imagem da mulher enfermeira era descrita como «profissão tradicionalmente feminina e exercida essencialmente por mulheres», num mundo tradicionalmente masculino.

A feminização é mais evidente actualmente. Dados comparativos entre 1974 e 1995, apontam para uma feminização da profissão com um aumento de 63,6%, para 81,8%, dados muito semelhantes aos de 2003 (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros).

Da análise produzida, em termos de identidade sócio-profissional, o género foi importante para promover a relação de subordinação.

Parece ser importante equacionar o facto da enfermagem enquanto profissão de ajuda, ser ainda reconhecida socialmente como desenvolvendo actividades que se situam na esfera privada e, como tal mais do domínio das mulheres (Bourdieu, 1999). Nesta perspectiva a mulher não é reconhecida a capacidade produtiva na esfera pública, fazendo com que nesta profissão seja desvalorizado o seu estatuto, ao passo que noutras profissões de saúde reconhecidas socialmente, apesar do aumento da taxa de feminização, as mulheres são já reconhecidas como agentes no sistema de produção de cuidados, como é o caso da medicina.

A construção das identidades associaram-se, na década de 80, à valorização dos saberes que o enfermeiro recontextualiza (Freidson, 1986; Peneff, 1992) em acção quando começa a utilizar uma orientação para o cuidar curar.

Conforme conclusão anterior, a clarificação da evolução de uma classificação de funções do enfermeiro nesta década para a definição das competências no início do século XXI são importantes na medida em que contribuem para a valorização do processo de cuidados em que a pessoa é o centro dos cuidados e o profissional de enfermagem, diagnostica, prescreve e intervém de acordo com as necessidades e os problemas de cada pessoa, considerando-o como parceiro de cuidados.

A década de 90 caracteriza-se pela transdisciplinaridade e interprofissionalidade (Costa 2002), essenciais para gerir a complexidade em saúde, enfatizando-se o estudo das identidades a partir do carácter eminentemente relacional das mesmas (Abreu, 2001).

Das conclusões às sugestões

Deste estudo emergem três conclusões específicas a cada um dos domínios que no contexto actual se valorizam como organizadoras da continuidade da transição em que o ensino de enfermagem se encontra.

A primeira situa-se ao nível do domínio dos saberes, na medida em que se considera que, apesar da emergência de conteúdos da área disciplinar de enfermagem, não ter ainda ocorrido a transição para a construção real de um campo disciplinar organizador da dimensão académica da disciplina de enfermagem, o que se considera essencial para o desenvolvimento da mesma, mas só atingido com a produção de conhecimento através do desenvolvimento de doutoramentos em ciências de enfermagem.

A segunda, associa-se à necessidade de tornar convergente o debate acerca do contexto formativo dos enfermeiros, não pela promoção do debate em torno da ambiguidade característica pela existência dos dois sub-sistemas de ensino, mas enquadrando a discussão no âmbito do processo de Bolonha, pelo qual se perspectiva a importância de um «espaço europeu de educação» promotor de harmonização para a diversidade no ensino superior, onde a diversidade ajude a aproximar, pela qualificação adequada, os sujeitos da educação. Em terceiro lugar, emerge deste estudo, a necessidade e a importância da qualificação dos actores intervenientes em saúde, desenvolvendo competências que lhes permitam na interprofissionalidade e na transdisciplinaridade, encaminhar e resolver os complexos problemas de saúde, a partir de uma formação integrada, que não tendo que ocorrer necessariamente ao nível do ensino teórico, deve cada vez mais acontecer pela dialéctica entre a formação e o trabalho.

BIBLIOGRAFIA

A bibliografia que se enuncia, organiza-se de acordo com os domínios estudados, nas seguintes áreas:

- Ciências Saúde / Enfermagem
- Sociologia da Acção / Sociologia da Educação
- Ciências da Educação
- Métodos e técnicas de investigação em sociologia / educação / enfermagem
- Legislação geral e específica

CIÊNCIAS DA SAÚDE / ENFERMAGEM

- Abreu, Wilson Correia de(2001).Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Lisboa, Formasau /Educa
- Amendoeira, José (1996). O processo de cuidar na orientação de alunos em ensino clínico. Enfermagem, 3, Jul / Set, APE, p.20-27
- Amendoeira, José (1998). O estatuto dos cuidados de enfermagem. Pensar Enfermagem, 1 (2), 2º semestre de 1998. Escola Superior de Enfermagem Mara Fernanda Resende, p. 18-22
- Amendoeira, José (1999). Registos de Enfermagem. Possível influência de um modelo teórico de enfermagem na elaboração das notas de evolução. Lisboa. SEP
- Amendoeira, José (1999). A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?. Um estudo etnosociológico. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova. Mimeografia (Não publicado)
- Amendoeira, José e outros (1999). Cooperação formativa interorganizacional – uma realidade. Nursing. Edição Portuguesa, 138, (12), Nov/99, p.40-43
- Amendoeira, José (2000). Do meu doente aos doentes do serviço. Aprender o cuidado de enfermagem na interdisciplinaridade. Dissertação de provas públicas para professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Santarém. Mimeografia (não publicado)
- Amendoeira, José (2000). O cuidado de enfermagem – Que sentido(s)? In: Costa, M.A.M. da e outros (2000) Ensino de Enfermagem: processos e percursos de formação. Balanço de um projecto. Lisboa, Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde
- Amendoeira, José (2001). O cuidado de enfermagem. Intenção ou acção. O que pensam os estudantes de enfermagem. Nursing. Edição Portuguesa, Jul / Ago, p. 8-14
- Amendoeira, José (2003). Dos saberes dos enfermeiros aos saberes em enfermagem. Uma reflexão sobre a procura e o uso do conhecimento em enfermagem. Comunicação proferida no Painel da Associação Internacional da Sociologia da Educação (Midterm Conference, Lisbon, 18-20 de Setembro 2003). Disponível no site do RC04.
- Amendoeira, José (2004). Fontes e uso do conhecimento em enfermagem. A cooperação como estratégia. (Aguarda publicação em colectânea da Colecção CIDInE dirigida pelos Professores José Tavares e Isabel Alarcão)

- Amendoeira, José (2003). Perspectivas de futuro do ensino superior politécnico. O processo de Bolonha. Aguarda Publicação pelo Instituto Politécnico de Santarém
- Amendoeira, José (2004). De la nécessité de protection à la confiance dans les professionnels de santé. Quelle signification social ? (proposto em Fevereiro para publicação na revista Perspective Soignante)
- Antunes, Manuel J. (2001). A doença da saúde, 2ª ed., Lisboa, Quetzal Editores
- Ashley, Jo Ann (1976). Hospitals, paternalism, and the role of the nurse. New York. Teachers College Press
- Asseiro da Luz, Maria de Lurdes (2000). Organizações qualificantes e o sistema de formação em enfermagem, In: Costa, M.A.M. da e outros (2000) Ensino de Enfermagem: processos e percursos de formação. Balanço de um projecto. Lisboa, Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde
- Asseiro da Luz, Maria de Lurdes (2003). Formação em enfermagem – controvérsias e desafios. Lisboa. 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros, p.171-181
- Bessa, Maria Aurora (1987). A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional. Sua importância no desenvolvimento sanitário do país. Enfermagem, vol 35, nº1, Jan / Fev, p. 28-37
- Barroso, Isabel (1999). A pessoa tem corpo. Que corpo? Que pessoa? Um estudo sociológico. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova. Mimeografia (Não publicado)
- Basto, Marta Lima (coord.) (2000). Contributo da enfermagem para a promoção de saúde da população. Lisboa. Ministério da Saúde – região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende
- Basto, Marta Lima e outros (2000). Integração da investigação na formação em enfermagem. Proposta de guia de orientação. Enfermagem, nº 19 (2ª série) Jul / Set, p. 11-13
- Basto, Marta Lima (1998). Evolução da investigação em enfermagem em Portugal. Pensar Enfermagem. Vol.1, nº 2, 1º Semestre de 1998, p.17-19
- Basto, Marta Lima e Magão, Maria Teresa (2001). Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. Revista Investigação em Enfermagem. Nº 4, Agosto, p. 3-11
- Bento, Maria Conceição (1997). Cuidados e formação em Enfermagem. Que identidade? Lisboa. Fim de Século
- Cabral, Manuel Villaverde (coord.) (2002). Saúde e doença em Portugal. Lisboa. Instituto de Ciências Sociais
- Carvalhal, Rosa (2003). Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores. Lisboa. Lusociência
- Chaka, Norma L. (1990). The nursing profession. Turning points. Toronto.The C.V. Mosby Company
- Collière, Marie Françoise (1989). Promover a vida. Lisboa. SEP
- Collière, Marie Françoise (2003). Cuidar...A primeira arte da vida, 2ª ed. Lisboa. Lusociência
- Congresso Nacional de Enfermagem (1973).Uma realidade. 1º Congresso. Revista de Enfermagem, nº 6, Nov /Dez, p. 28-45
- Congresso Nacional de Enfermagem (1981). Livro de Actas do II congresso. Coimbra.

5 a 10 de Abril

- Congresso Nacional de Enfermagem (1985). Livro de Actas do III congresso. Porto. 25 a 29 de Março
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Conselho de Enfermagem. Do Caminho Percorrido e das Propostas. Análise do primeiro mandato – 1999/2003
- Congresso da Ordem dos Enfermeiros (2003). Melhor Enfermagem. Melhor Saúde. Lisboa. 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, Maria Arminda (2002). Cuidar Idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Lisboa. Formasau e Educa
- Corrêa, Beatriz de Mello (2002). Imagens e memórias da Escola Técnica de Enfermeiras. Edição de autor. Lisboa
- Dias, Hélia Maria da Silva (2003). Cuidar em Enfermagem na perspectiva do género. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de mestre em Sexologia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Mimeografia (Não publicado)
- Ferreira, F. A. Gonçalves (1975). Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal. Lisboa. Biblioteca Ciência Progresso e Cultura (vol. 1)
- Fonseca, Ernesto J. (2003). Simbologia dos emblemas das escolas de enfermagem em Portugal. Um património da profissão de Enfermagem. Edição de autor. Santarém
- Grupo de Missão criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 104/98 de 4 de Dezembro (2001). Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. Ministério da Educação
- Hesbeen, Walter (2000). Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Lisboa. Lusociência
- Hesbeen, Walter (2001). Qualidade de enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Lisboa. Lusociência
- Kérouac, Suzanne e outros (1994). La pensée infirmière. Conceptions et stratégies. Laval. Édition Études Vivantes
- Leininger, Madeleine (1998). Enfermagem transcultural. Imperativo da Enfermagem Mundial. Enfermagem, nº 10 (2ª Série) Abr / Jun, p.32-36
- Lopes, Manuel José (2000). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio – moral. Alguns dados e implicações. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros
- Lopes, Manuel José (1999). Enfermagem disciplina versus enfermagem profissão. Outra perspectiva. Pensar Enfermagem, Vol3, nº2, 2º Semestre de 1999, p. 20-24
- Lopes, Manuel José (2001). O estado da arte da investigação em enfermagem. O enfermeiro como sujeito / objecto de investigação. Revista Sinais Vitais. (38), Setembro, p. 31-35
- Martin, Christiane (1991). Soigner pour apprendre. Acquerir un savoir infirmier. Editions Labor. Suisse
- Meleis, Afaf I. (coord.) (1991). Theoretical nursing: Development & Progress, 2nd ed. London, J. B. Lippincott Company
- Nicoll, Leslie H. (org.) (1997). Perspectives on nursing theory, 3rd ed., New York. Lippincott
- Nunes, Lucília (2003). Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998). Lisboa. Lusociência
- Oldnall, Andrew S. (1995). Nursing as an emergent academic discipline. Journal of

- Advanced Nursing. 21, p. 605-612
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº 10, Outubro, p. 49-56
 - Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1997). Nursing in Portugal. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
 - Pearson, Alan e Vaughan, Barbara (1986). Modelos para o exercício de enfermagem. ACEPS. Lisboa
 - Petitat, André (1989). Les infirmières. De la vocation à la profession. Canadá. Bóreal
 - Portugal, Ministério da Saúde (1998). O hospital português. Direcção Geral de Saúde
 - Portugal, Ministério da Saúde (1999). Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa. Ministério da Saúde. (Brochura)
 - Portugal, Ministério da Saúde (1997). A saúde dos Portugueses. Lisboa. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (Mimeografia)
 - Rebelo, Mário Sarmiento e outros (1992). Enfermagem. Análise de Funções. Ministério da Saúde. Cadernos de Formação 5. Lisboa
 - Rebelo, Maria Teresa (1998). Do fazer ao dizer enfermagem. Que obstáculos? Enfermagem, nº 10 (2ª Série) Abr / Jun, p. 14-19
 - Rebelo, Jorge (2002). Enfermagem: Desenvolvimento profissional e formação. Perspectiva histórica. Enfermagem em Foco. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Ano XI, (48) Jul / Set, p. 5-30
 - Reis, Alcinda (2002). Cuidar idosos: uma construção cultural para o estudante de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Saçazar (Mimeografado)
 - Ribeiro, Lisete Fradique (1995). Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Educa / SEP. Lisboa
 - Rodrigues, Luís A. Carvalho (2002). Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa. Edições Colibri / Apifarma
 - Santos, Maria Irene Pedro (2001). O trabalho de risco na construção da saúde em contexto hospitalar. Um estudo etnosociológico. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova. Mimeografia (Não publicado)
 - Santos, Maria Teresa Silva (1986). Bases para a mudança na formação das(os) enfermeiras(os) em Portugal. Enfermagem, nº 4 (2º trimestre 1986), p. 11-14
 - Serrão, Daniel e outros (1997). Opções para um debate Nacional. Lisboa. Ministério da Saúde
 - Shaw, Maureen C. (1993). The discipline of nursing: historical roots, current perspectives, future directions. Journal of Advanced Nursing, 18, p. 1651-1656
 - Soares, Maria Isabel (1997). Da blusa de brim à touca branca. Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950). Educa / Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa
 - Soares, Maria Isabel e Basto, Marta Lima (). 10 anos de investigação em enfermagem em Portugal. Enfermagem, nº 14 (2ª série) p. 32-45
 - Sousa, M. Diniz de (s/data) L'infirmier de l'avenir : sa formation. In : Soins de santé et formation des infirmiers au XXI siècle. Comissions des Communautés Européennes. Rapport EUR 12040FR, p.77-96

- Sousa, M. Diniz de (1983). Evolução do ensino de enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos. Servir. Lisboa. 39 82), Mar / Abr, p. 89-103
- Teixeira, Otilia (2001). O estado da arte da investigação em enfermagem em Portugal: a profissão / modelos profissionais como objecto de análise. Enfermagem. Nº 23/24 (2ª série), Jul / Dez, 31-36
- Watson, Jean (1987). Filosofia y teoria de los cuidados humanos en enfermeria de Watson, In: Sisca, J. Rihel e outros – Modelos conceptuais de enfermeria. Barcelona. Doyma
- Watson, Jean (2002). Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem. Lisboa. Lusociência

- Amâncio, L. (1998). Masculino e feminino. A construção social da diferença, 2ª ed., Porto, Edições Afrontamento
- Barzun, J. e Graff, H.F. (1985). The modern researcher, 4th ed., San Diego, CA: Harcourt Brace Jovanovich
- Benner, P. Wrubel, J. (1989). The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Don Milles, Ontário, Addison-Wesley
- Bishop, A.H. e Scudder, J.R. (1991). Nursing the practice of caring. New York, National League for Nursing
- Carper, Barbara A. (1997). Fundamental patterns of knowing in nursing. In: Nicole, Lesley H. Perspectives on Nursing Theory, 3rd ed., Philadelphia, Lippincott
- Costa, M.A.M. (1998). Enfermeiros. Dos percursos à produção de cuidados. Lisboa, Fim de Século
- Donaldson, Sue K. e Crowley, Dorothy M. (1997). The disciplin os nursing. In: Nicole, Lesley H. Perspectives on Nursing Theory, 3rd ed., Philadelphia, Lippincott
- Engebretson, Joan (1997). A multiparadigmatic approach to nursing. “Advances in Nursing Science”, September, 20 (1) pp. 21-33
- Fawcett, J. (1984) The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. “Image Journal of Nursing Scholarship” 16, pp 84-89
- Fernandes, M.T.R. (1996). Dimensões e contextos de identidade profissional dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional, ISCTE, Lisboa (Não Publicado)
- Flaskerud, J.H. e Halloran, E. J. (1980). Areas of agreement in nursing theory development. “Advances in Nursing Science”, 3. pp. 1-7

- Kniebihler, y. et al (1984). Cornettes et Blouses Blanches. Les Infirmières dans la société française (1880-1980). Paris Hachette
- Lynaugh, J. (1996) [Editorial] Nursing History Review. 4 (1)
- Lenney, E. (1991). Sex roles: The measures of masculinity, femininity and androgyny. In: J.P. Robinson, P.R. Shaver and L.S. Wrightman (coords). Measures of personality and social psychology attitudes (volI) (pp. 573-660) London, Academic Press Limited
- MacIntyre, A. (1990). After virtue, 2nd ed., University of Notre Dame Press
- Ministério da Saúde (1997). A saúde dos portugueses.
- Pinto, J.M. (1991). Considerações sobre a produção social de identidade. “Revista crítica das Ciências Sociais” 32, pp. 217-231
- Silva, Abel Paiva (2003). Sistemas de informação em enfermagem. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Mimeografado. Não publicado
- Rebelo, Teresa (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem. Contributo para a análise das representações sociais de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Lisboa
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. “Nursing Research” 40, Mai.- Jun, pp. 161-166
- Tholfsen, T.R. (1977). The ambiguous virtues of the study of history. Teacher College Record, 79 (2) pp. 245-257
- Watson, J. (1985). Nursing: The philosophy and science of caring. Boulder, Colorado Associated University Press
- _____ (1988). Human science and human care. A theory of nursing. Boulder. Colorado Associated University Press
- Witz, Anne (1992). Professions and patriarchy. London, Routledge

SOCIOLOGIA GERAL / DA ACÇÃO / DA EDUCAÇÃO / PSICOLOGIA SOCIAL

- Adam, Philippe e Herzlich, Claudine (1994). Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris. Nathan Université
- Amâncio, Lígia (2002). O género na psicologia social em Portugal. Perspectivas actuais e desenvolvimento futuros. Ex aequo. Nº6, p. 55-75
- Apple, Michael W. (1997). Os professores e o currículo: abordagens sociológicas.

Lisboa. Educa

- Aron, Raymond (org.) (1994). As etapas do pensamento sociológico. Lisboa. Publicações D. Quixote
- Balsa, Casimiro e outros (2001). Perfil dos estudantes do ensino superior. Desigualdades e diferenciação. Lisboa. Edições Colibri, CEOS- Investigações Sociológicas
- Baptista, Luís V. (1999). Cidade e habitação social. O Estado Novo e o programa das casa económicas em Lisboa. Oeiras, Celta Editora
- Boudon, Raymond (1990). O lugar da desordem. Lisboa. Gradiva (Trajectos)
- Berger, Peter L. (2002). Perspectivas sociológicas. Uma visão humanística, 24ª ed., Petrópolis, Editora Vozes
- Bourdieu, Pierre e Passeron, Jean-Claude (s /data). A reprodução. Elementos para uma teoria do sistema de ensino. Lisboa. Editorial Veja
- Bourdieu, Pierre (1997). Razões práticas sobre a teoria da acção. Lisboa. Celta Editora
- Bourdieu, Pierre (1999). A dominação masculina. Oeiras. Celta Editora
- Bourdieu, Pierre (1989). O poder simbólico. Lisboa. Difel (Memória e Sociedade)
- Carapinheiro, Graça e Lopes, Noémia Mendes (1997). Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses. Estudo sociográfico de âmbito nacional. Lisboa. SEP
- Carapinheiro, Graça (1998). Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia ds serviços hospitalares, 3ª ed., Coimbra, Edições Afrontamento
- Caria, Telmo (1994). Prática de aprendizagem da investigação sociológica no estudo etnográfico duma escola Básica 2.3. Revista Crítica de Ciências Sociais, Nº 41, Dezembro, p.35-62
- Caria, Telmo (2002). O uso do conhecimento: os professores e os outros. *Análise Social*, Vol XXXVII (164), Outono, p. 805-831
- Correia, Fernanda; Amaral, Alberto e outros (2000). Diversificação e diversidade dos sistemas de ensino superior. O caso português. Cipes – Fundação das Universidades Portuguesas. Mimeografia
- Crozier, Michel e Friedberg, E. (1977). *Lácteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris. Seuil
- Dale, Roger (1997). Educational achievement in centralized and decentralized systems, In: Halsey, A. H. e outro (1997). *Education: culture, economy and society*. Oxford
- De Bruyne, Paul e outros (1991). Dinâmica da pesquisa em ciências sociais, 5ª ed., Rio de Janeiro. Francisco Alves Editores
- Deus, Jorge Dias de (2003). Da crítica da ciência à negação da ciência. Lisboa. Gradiva
- Durkheim, Émile (2001). Educação e sociologia. Lisboa. Edições 70 (Ciências do Homem)
- Estanque, Elísio e Mendes, José Manuel (1997). Classes e desigualdades sociais em Portugal. Um estudo comparativo. Porto. Edições Afrontamento. Centro de Estudos Sociais
- Esteves, António Joaquim e Stoer, Stephen R. (orgs.) (1992). A sociologia na Escola. Professores, educação e desenvolvimento. Porto. Edições Afrontamento. Biblioteca das Ciências do Homem
- Freidson, Eliot (1992). Why art cannot be a profession? Mhtml:file:///A:|:\Why Art Cannot be a profession, 1992.mht

- Gadamer, Hans-Georg (1993). O mistério da saúde. O cuidado da Saúde e a arte da medicina. Lisboa. Edições 70 (Nova Biblioteca 70)
- Giddens, Anthony (1995) As consequências da modernidade, 2ª ed., Oeiras. Celta Editora
- Giddens, Anthony (1996). Novas regras do método sociológico. Lisboa. Gradiva (Trajectos)
- Giddens, Anthony (1998). Política, Sociologia e teoria social. Confrontos com o pensamento social clássico e contemporâneo. Oeiras. Celta Editores
- Giddens, Anthony (2001). Modernidade e identidade pessoal, 1ª reimpressão, Oeiras. Celta Editora
- Goodson, Ivor E. (1997). A construção social do currículo. Lisboa. Educa
- Grácio, Sérgio e Stoer, Stephen (1982). Sociologia da educação – II. Antologia. A construção social das práticas educativas. Lisboa. Livros Horizonte (Biblioteca do Educador Profissional)
- Grácio, Sérgio (1986). Política educativa como tecnologia social. As reformas do ensino técnico de 1948 a 1983. Lisboa. Livros Horizonte (Biblioteca do Educador)
- Grácio, Sérgio (1998). Ensinos técnicos e política em Portugal (1910/1990). Lisboa. Instituto Piaget (Estudos e Documentos)
- Grácio, Sérgio (1997). Dinâmicas da escolarização e das oportunidades individuais. Lisboa. Educa
- Guerra, Isabel Carvalho (2000). Fundamentos e processos de uma sociologia de acção. O planeamento em ciências sociais. Cascais. Principia
- Grinberg, Leon e Grinberg, Rebecca (1998). Identidade e mudança. Lisboa. Climepsi
- Haecht, Anne Van (1992). A escola à prova da sociologia. Lisboa. Instituto Piaget (Horizontes Pedagógicos)
- Lopes, Noémia Mendes (2001). Recomposição profissional da enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar. Lisboa. Quarteto
- Magalhães, Maria José (1998). Movimento feminista e educação. Portugal, décadas de 70 e 80. Oeiras. Celta Editores
- Martin, Olivier (2000). Sociologie des sciences. Paris. Nathan Université
- Moigne, Jean-Louis Le (2001). Le constructivisme. Tome I. Les Enracinements. Paris. L'Harmattan (Collection Ingénium)
- Morrow, Raymond Allow e Torres, Carlos Alberto (1997). Teoria social e educação. Uma crítica das teorias da reprodução social e cultural. Porto. Edições Afrontamento (Biblioteca das Ciências do Homem)
- Musgrave, P.W. (1994). Sociologia da educação. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian (Serviço de educação)
- Pais, José Machado (2002). Sociologia da vida quotidiana. Lisboa. ICS
- Resende, José e Vieira, Maria Manuel (1992). Entre a Autonomia e a dependência. A realidade do sistema de ensino superior politécnico em Portugal. Sociologia. Problemas e práticas. Nº 11, p. 89-110
- Ribeiro, António Carrilho (1996). Desenvolvimento curricular, 6ª ed., Lisboa. Texto Editora (Educação Hoje)
- Rogeiro, Nuno (2002). Política. Coimbra. Quimera Editores (O que é?)
- Rodrigues, Maria de Lurdes (1999). Os engenheiros em Portugal. Profissionalização e protagonismo. Oeiras. Celta Editora
- Santos, Boaventura Sousa (1995). Introdução a uma ciência pós-moderna, 4ª ed.,

- Porto. Edições Afrontamento (Biblioteca das Ciências do Homem)
- Santos, Boaventura Sousa (1995). *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*, 4ª ed., Porto. Edições Afrontamento (Biblioteca das Ciências do Homem)
 - Santos, Boaventura Sousa (2002). *Um discurso sobre as ciências*, 13ª ed., Porto. Edições Afrontamento (Biblioteca das Ciências do Homem)
 - Santos, Boaventura Sousa (org.) (2003). *Conhecimento prudente para uma vida decente. “Um discurso sobre as ciências” revisitado*. Porto. Edições Afrontamento
 - Schnapper, Dominique (2000). *A compreensão sociológica. Como fazer análise tipológica*. Lisboa. Gradiva (Trajectos)
 - Sun, Ron (2002). *Duality of mind. A bottom – up approach toward cognition*. London. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
 - Tourraine, Alain (1996). *O retorno do actor. Ensaio sobre sociologia*. Lisboa. Instituto Piaget (Economia e Política)
 -

CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO /COGNIÇÃO

- Apple, Michael W. (2001). *Educação e poder*. Porto. Porto Editora (Colecção Currículo, Políticas e Práticas)
- Belo, José M. C. (1999). *Para uma teoria política da educação. Actualidade do pensamento filosófico, pedagógico e didáctico de Delfim Santos*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a tecnologia. Ministério da Ciência e da Tecnologia (Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas)
- Bireaud, Annie(1995). *Os métodos pedagógicos no ensino superior*. Porto. Porto Editora (Colecção Ciências da Educação – 14)
- Boltanski, Luc (1982). *Les cadres. La formation d’un groupe social*. Paris. Les Éditions Minuits
- Canário, Rui (org.) (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto. Porto Editora (Colecção Ciências da Educação – 25)
- Canário, Rui (1999). *Educação de adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa. Educa
- Caraça, João (1993). *Do saber ao fazer: porquê organizar a ciência*. Lisboa. Gradiva (Trajectos Portugueses)
- Caraça, João (2001). *Ciência. Quimera Editores (O que é)*
- Correia, José Alberto (1998). *Para uma teoria crítica da educação. Contributos para uma recentificação do campo educativo*. Porto. Porto editora 8Colecção Ciências da Educação – 27)
- Costa, António Almeida e Simão, José Veiga (2000). *O ensino politécnico em Portugal*. Porto. Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos
- Damásio, António (2000). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins. Publicações Europa América
- Damásio, António (2003). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins. Publicações Europa América
- Darré, Jean – Pierre (2002). *A produção do conhecimento para a acção. Argumentos contra o racismo da inteligência*. Lisboa. Instituto Piaget (Epistemologia e Sociedade)

- Dubar, Claude (1997). A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto. Porto Editora (Coleção Ciências e Educação – 24)
- Dubreil, Bertrand Hériard (2002). Imaginário técnico e ética social. Ensaio sobre o ofício de engenheiro. Lisboa. Instituto Piaget (Epistemologia e Sociedade)
- Gago, José Mariano (coord.) e outros (1994). Prospectiva do ensino superior em Portugal. Estudo realizado pelo Instituto Prospectiva. Ministério da Educação. Departamento de Programação e Gestão Financeira
- Gil, Fernando (org.) (1992). 21. Método – Teoria / Modelo. Imprensa Nacional - Casa da Moeda. Enciclopédia Enaudi
- Gusdorf, Georges (1988). Da história das ciências à história do pensamento. Pontinha. Pensamento Editores Livres
- Grilo, Marçal (2002). Desafios da Educação. Ideias para uma política educativa no século XXI, 2ª ed., Lisboa. Oficina do Livro
- Malglaive, Gérard (1995). Ensinar adultos. Porto. Porto Editora (Coleção Ciências da Educação – 16)
- Proença, Maria Cândida (Coord.) (1998). O sistema de ensino em Portugal séculos XIX e XX. Lisboa. Edições Colibri. Instituto de História Contemporânea da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa
- Nicolescu, Basarab (2000). O manifesto da transdisciplinaridade. Lisboa. Hugin Editores
- Nóvoa, António (1997). Le temps des professeurs. Lisboa. Imprensa Nacional Casa da Moeda. Instituto Nacional de Investigação Científica
- Nóvoa, António (Org.) (2000). Vidas de Professores. Porto. Porto Editora (Coleção Ciências da Educação – 4)
- Rosas, Fernando (2004). A Transição falhada. O marcelismo e o fim do Estado Novo (1968-1974). Lisboa. Editorial Notícias
- Sá-Chaves, Idália (1997). Percursos de formação e desenvolvimento profissional. Porto. Porto Editora (Coleção CIDInE, orientada por José Tavares e Isabel Alarcão-3)
- Sacristán, J. Gimeno (1998). O currículo. Uma reflexão sobre a prática, 3ª ed., São Paulo. Artmed
- Saha, L. J. (1997). Social theories in the sociology of education, In: Saha, Lawrence J. (Org.) (1997). International encyclopedia of the sociology of education. Australia. Pergamon
- Schlanger, Judith (1998). A vocação Moderna. Ciência e arte como realização. Lisboa. Instituto Piaget (Pensamento e Filosofia)
- Seixas, Ana Maria (2003). Políticas educativas e ensino superior em Portugal. A inevitável presença do Estado Lisboa. Quarteto
- Simão, José Veiga e outros (2002). Ensino Superior; uma visão para a próxima década. Lisboa. Gradiva (Trajectos Portugueses)
- Varela, Francisco e outros (2001). A mente corpórea. Ciência cognitiva e experiência humana. Lisboa. Instituto Piaget (Epigénese , Desenvolvimento e Psicologia)

MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO EM SOCIOLOGIA / EDUCAÇÃO/ ANTROPOLOGIA /ENFERMAGEM

- Albarello, Luc e outros (1997). Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa. Gradiva (Trajectos Portugueses)

- Bertaux, Daniel (1997). *Les récits de vie*. Paris. Nathan Université
 - Burgess, Robert G. (1997). *A pesquisa de terreno. Uma introdução*. Oeiras. Celta Editora
 - Casal, Adolfo Yáñez (1996). *Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica*. Lisboa. Edições Cosmos (Antropologia)
 - Carpenter, Dona R. e Strubert, Helen J. (orgs.) (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*, 2ª ed., Lisboa. Lusociência
 - Demo, Pedro (1995). *Metodologia científica em Ciências Sociais*, 3ª ed., São Paulo. Editora Atlas
 - Denzin, N. K. (1997). *Biographical Research methods*, In: Saha, Lawrence J. (Org.) (1997). *International encyclopedia of the sociology of education*. Australia. Pergamon
 - Gauthier, Benoît (org.) (2003). *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados*. Lisboa. Lusociência
 - Leininger, Madeleine (1985). *Qualitative research methods in nursing*. Orlando. Grunne and Stratton Inc. XVII+361p.
 - Munoz, José Pujadas (). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas (5)
 - Ozga, Jenny (2000). *Investigação sobre políticas educacionais*. Porto. Porto Editora (Coleção Currículo, Políticas e Práticas)
 - Penneff, Jean (1990). *La méthode biographique. De l'École de Chicago à l'histoire orale*. Paris. Armand Colin
 - Poirier, Jean ; Clapier-Valladon, Simone e Raybaut, Paul (1999). *Histórias de vida. Teoria e prática*, 2ª ed., Oeiras. Celta Editores
 - Rosas, Fernando (Org.) (1990). *Portugal e o Estado Novo (1930-1960)*. Lisboa. Editorial Presença. Vol XII
 - Saha, L. J. (1997). *Research traditions in the sociology of education*, In: Saha, Lawrence J. (Org.) (1997). *International encyclopedia of the sociology of education*. Australia. Pergamon
 - Stake, Robert E.(1995). *The art of case study research*. London. Sage Publications
 - Yin, Robert K. (1984). *Case study research. Design and methods*. London. Sage Publications (Applied Social Research Methods Series. Vol. 5)
-
- Pennef, J. (1992). *L' Hôpital en urgence*. Paris, Métailée
 - Boltansky, Luc e Thévenot, Laurent (1991). *Dela justification. Les économies de la grandeur*. Paris Gallimard
 - Houles, Gilles. *A história de vida ou a narrativa da prática*. In: Gauthier, Benoît (2003). *Investigação social da problemática À colheita de dados*, 3ª ed., Loures Lusociência
 - De Bruyne, Paul et al (1991). *A dinâmica da pesquisa em ciências sociais*, 5ª ed., Rio de Janeiro. Francisco Alves Editora

LEGISLAÇÃO GERAL E ESPECÍFICA

- Decreto Lei nº 20376 de 7 de Outubro de 1931. Diário do Governo. Direcção Geral de Saúde. Repartição de Saúde “ Regulamento do curso de Visitadoras Sanitárias da Direcção Geral de Saúde”
- Decreto Lei nº 30477 de 17 de Maio de 1940. Diário do Governo. Ministério da Educação Nacional. Direcção Geral do Ensino Superior e das Belas Artes. “Criação no Instituto Português de Oncologia uma Escola Técnica de Enfermeiras (E.T.E.), destinada à preparação profissional e formação moral do pessoal de enfermagem do sexo feminino do mesmo Instituto”
- Decreto Lei nº 36219 de 10 de Abril de 1947. Diário do Governo. Ministério do Interior. Subsecretário de estado da Assistência Social.” O Presente Diploma tem como objectivo a reorganização do ensino de enfermagem, com vista a assegurar a melhor preparação do pessoal e a sua mais rigorosa selecção técnica e moral, dando-se aberta preferência na admissão ao sexo feminino. Criava os cursos de Pré-Enfermagem, de Auxiliares de Enfermagem e de Enfermagem Geral, base e especializados”
- Decreto Lei nº 38884 de 28 de Agosto de 1952. Ministério do Interior. Direcção Geral da Assistência. “Reforma do ensino de enfermagem, definindo como cursos a existir: o curso de auxiliares de enfermagem, curso de enfermagem geral; curso de auxiliares de enfermagem especializada; curso de enfermagem especializada e curso de enfermagem complementar, de entre outras medidas tendentes a reorganizar o ensino de enfermagem”.
- Decreto Lei nº 38885 de 28 de Agosto de 1952. Ministério do Interior. Direcção Geral da Assistência. “Regulamento das Escolas de Enfermagem”
- Portaria nº 15786 de 22 de Março de 1956. Diário do Governo, nº 61. I Série. Ministério do Interior. Direcção Geral da Assistência. “Regulamento das Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal”
Lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963. Diário do Governo. Presidência da República. “Lei da saúde e assistência e dos seus princípios orientadores”
- Decreto Lei nº 46448 de 20 de Julho de 1965. Diário do Governo. Ministério da Saúde e Assistência. “Reforma do Ensino de Enfermagem, quanto às habilitações literárias de acesso e alterações aos planos de estudo dos diferentes cursos de enfermagem”.
- Portaria nº 34 de 14 de Janeiro de 1970. Ministério da Saúde e Assistência. Direcção Geral dos Hospitais. “Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem”
- Decreto Lei nº 48166 de 27 de Dezembro de 1967. Ministério da Saúde e Assistência. “Carreiras hospitalar, de saúde pública e do ensino, para os profissionais de enfermagem dos estabelecimentos e serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência.”
- Decreto Lei nº 413 de 17 de Setembro de 1971. Ministério da Saúde e Assistência. “Organização do Ministério da Saúde e Assistência”
- Decreto Lei nº 414 de 27 de Setembro de 1971. Ministério da Saúde e Assistência. “Alteração às Carreiras Profissionais dos diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço neste Ministério, de entre os quais, os enfermeiros”.
- Decreto Lei nº 346 de 30 de Agosto de 1972. Ministério da Saúde e Assistência. Gabinete do Ministro. “Criação do curso de promoção para os Auxiliares de Enfermagem”.
- Decreto Lei nº 106 de 31 de Dezembro de 1974 (Democratização dos estabelecimentos do ensino Superior)

- Decreto Lei nº 440 de 11 de Setembro de 1974. Ministério dos Assuntos Sociais. “Definição das condições para atribuição do título de enfermeiros de 3ª aos auxiliares de enfermagem”
- Decreto Lei nº 806 de 31 de Dezembro de 1974. Ministério da Educação e Cultura. “Institucionalização da democratização dos estabelecimentos de ensino superior.”
- Portaria nº 107 de 17 de Fevereiro de 1975. Ministério dos Assuntos Sociais. Secretaria de Estado da Saúde. “Cria o Curso de Promoção dos enfermeiros de 3ª classe e a Comissão Nacional dos Cursos de Promoção dos enfermeiros de 3ª classe”.
- Portaria nº 674 de 13 de Novembro de 1976. Ministério dos Assuntos Sociais. Secretaria de Estado da Saúde. “Regulamento dos Órgãos de Gestão das escolas de Enfermagem Oficiais”
- Lei nº 56 de 15 de Setembro de 1979. Ministério da Saúde. “Cria o Serviço Nacional de Saúde”.
- Decreto nº 98 de 6 de Setembro de 1979. Ministério dos Assuntos Sociais. “Define como requisito de admissão ao Curso de Enfermagem Geral, a habilitação com o curso complementar dos liceus ou equivalente”.
- Decreto Lei nº 305 12 de Novembro de 1981. Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da reforma Administrativa. “Aprova a carreira de enfermagem, que passa a ser única, aplicando-se às três áreas de actuação, correspondentes, respectivamente, à prestação de cuidados, à administração e à docência”
- Decreto Lei nº 185 de 1 de Julho de 1981. “Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico”
- Decreto Lei nº 265 de 16 de Junho de 1983. Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. “Criação da Escola Pós Básica de Lisboa, Porto e Coimbra”
- Decreto Lei nº 178 de 23 de Maio de 1985. Ministério da Saúde. “A carreira de enfermagem é única, aplicando-se a 3 áreas de actuação, correspondentes, respectivamente à prestação de cuidados, à administração e à docência”.
- Lei nº 46 de 14 de Outubro de 1986. Assembleia da República. “Lei de Bases do Sistema Educativo”
- Decreto Lei nº 480 de 23 de Dezembro de 1988. Ministério da Saúde. “Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico”
- Portaria nº 821 de 15 de Setembro de 1989. Ministérios da Saúde e da Educação. “Cria a rede de escolas Superiores de Enfermagem pela reconversão das Escolas de Enfermagem”
- Decreto Lei nº 210 de 29 de Junho de 1989. Ministério da Saúde e da Educação. “Passagem do Ensino de Enfermagem para o Departamento de Recursos Humanos da Saúde”
- Lei nº 48 de 2 de Agosto de 1990. Assembleia da República. “Lei de Bases da Saúde”
- Decreto Lei nº 100 de 20 de Março de 1990. Ministério da Saúde. “Clarifica o artº 10º do DL nº 480 de 23 de Dezembro de 1988, no que concerne às condições de equivalência a atribuir aos enfermeiros”.
- Portaria nº 195 de 17 de Março de 1990. Ministérios da educação e da Saúde. “Regulamentação do Curso de bacharelato em enfermagem a que se refere o DL nº 480 de 23 de Dezembro de 1988”.
- Portaria nº 239 de 16 de Abril de 1994. Ministérios da Educação e da Saúde. “Regulamentação dos Cursos de Estudos Superiores Especializados na área da

Enfermagem”.

- Decreto Lei nº 161 de 4 de Setembro de 1996. Ministério da Saúde. “Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros”.
- Lei nº 113 de 20 de Março de 1997. Assembleia da República. “Lei do Financiamento do Ensino Superior”
- Lei nº 115 de 19 de Setembro de 1997. Assembleia da República. “Alteração à Lei nº 46/86 de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), define a possibilidade de desenvolvimento dos graus académicos de bacharel e licenciado no ensino superior politécnico”
- Resolução de Conselho de Ministros nº 140 de 4 de Dezembro de 1998. Presidência do Conselho de Ministros. “ O Governo define um conjunto de medidas estruturantes no quadro de um plano integrado e determina a conjugação dos esforços de diversos departamentos governamentais. (...) formação no domínio da enfermagem (...)”
- Decreto Lei nº 166 de 5 de Agosto de 1992. Ministério da Saúde. “Aplica-se ao pessoal docente das escolas superiores de enfermagem o disposto no Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, com as especialidades que este diploma aponta”
- Decreto Lei nº 353 de 3 de Setembro de 1999. Ministério da Educação. “Fixa as regras a que está subordinado o ensino de enfermagem, no âmbito do ensino superior politécnico.”
- Portaria nº 799-D de 18 de Setembro de 1999. Ministério da Educação. “Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem”
- Portaria nº 799-E de 18 de Setembro de 1999. Ministério da Educação. “Aprova o Regulamento Geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem”.
- Portaria nº 799-F de 18 de Setembro de 1999. Ministério da Educação. “Aprova o Regulamento Geral do Ano Complementar de Formação em Enfermagem”.
- Portaria nº 799-G de 18 de Setembro de 1999. Ministério da Educação. “Cria o Curso de licenciatura em enfermagem num conjunto de escolas superiores de enfermagem públicas, autorizando-as, em consequência, a conferir o grau de licenciado em Enfermagem”.
- Lei nº 26 de 23 de Agosto de 2000. Assembleia da República. “Aprova a organização e ordenamento do ensino superior”.
- Decreto Lei nº 99 de 28 de Março de 2001. Ministério da Educação.”Define a tutela única do Ministério da Educação em relação ao ensino de enfermagem e a integração das escolas superiores de enfermagem nos institutos politécnicos”.